UNIVERSITÉ PAUL SABATIER TOULOUSE

U.E.R. DES SCIENCES MÉDICALES

ANNÉE UNIVERSITAIRE 1973-1974 Thése N° 147

THESE

POUR LE DOCTORAT D'ÉTAT EN MÉDECINE

PAR

André VALS

1974

Le Syndrome de Passivité

(Abord Phénoménologique et Psychopathologique)

JURY

MM. Président : GAYRAL

Assesseurs: LAZORTHES
BERNADET
OULÈS

Suppléant: CAUSSE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546614_0054

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER TOULOUSE

U.E.R. DES SCIENCES MÉDICALES

ANNÉE UNIVERSITAIRE 1973-1974 Thése N° 147

THESE

POUR LE DOCTORAT D'ÉTAT EN MÉDECINE

PAR

André VALS

Le Syndrome de Passivité

(Abord Phénoménologique et Psychopathologique)

JURY

MM. Président : GAYRAL

Assesseurs: LAZORTHES
BERNADET
OULÈS

Suppléant: CAUSSE

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PAUL SABATIER

Président de l'Université	M. LARENG
1e Vice-Président	M. MATHIS
2e Vice-Président	M. MARTIN

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MEDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales Toulouse-Purpan	M. MONNIER
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales Toulouse-Rangueil	M. ENJALBERT

HONORARIAT

Doyen honoraire	M. CALVET
Doyen honoraire	M. BRUSTIER
Doyen honoraire	M. LAZORTHES
Professeur honoraire	M. VALLOIS
Professeur honoraire	M. TAPIE
Professeur honoraire	M. DELAS
Professeur honoraire	M. RISER
Professeur honoraire	M. BUGNARD
Professeur honoraire	M VINCENT
Professeur honoraire	M. MOREL
Professeur honoraire	M. BOUISSET
Professeur honoraire	M. CALMETTES
Professeur honoraire	M. THOMAS
Professeur honoraire	M. LAGROT
Professeur honoraire	M. DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire	M. FABRE P.
Professeur honoraire	M. JAHIER
Professeur honoraire	M. SENDRAIL
Professeur honoraire	M. PONS
Professeur honoraire	M SOREL

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	M. DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud	M. GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale	M. GEDEON	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	M. POULHES	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer	M. GRIMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie	M. PASQUIE	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologie	M. FICAT	Rangueil
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire	M. ENJALBERT	Rangueil
Cliniques des Maladies Cutanées et Syphilitiques	M. BAZEX	Purpan
Clinique des Maladies des Voies urinaires	M. LHEZ	Rangueil
Cliniques des Maladies Infectieuses	M. ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Infantile et Puériculture	M. DALOUS	Purpan
Clinique Médicale de la première enfance	M. REGNIER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M. LAZORTHES G.	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrique	M. GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale	M. PONTONNIER	Rangueil
Clinique Odonto-Stomatologique	M. CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique	M. DEODATI	Rangueil
Clinique O.R.L. et Chirurgie maxillo-faciale	M. CLAUX	Purpan
Clinique de Pneumo-phtisiologie	M. DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique	M. RUFFIE R.	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale	M. MONROZIES	Purpan
Anatomie	M. BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique	M. FABRE J.	Purpan
Anatomie Appliquée	M. JUSKIEWENSKI	Rangueil
Anesthésie et Réanimation	M. LARENG L.	Purpan
Bactériologie et Virologie	Mme ENJALBERT	Rangueil
Biophysique Médicale A	M. AUVERGNAT	Purpan
Biophysique Médicale B	M. BRU	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale	M. CALAZEL	Rangueil
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE	Purpan
Electro-Radiologie	M. ROULLEAU	Rangueil
Embryologie Générale	M. BROUSSY J.	Purpan
Hématologie	M. BIERME	Rangueil
Histologie	M. BIMES	Rangueil
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie	M. DENARD	Purpan
Hygiène et Médecine Sociale	M. MONNIER	Purpan
Immunologie	M. DUCOS	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail	M. GREZES-RUEFF	Purpan
Pathologie Chirurgicale	M. DAMBRIN	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale	M. BOULARD	Purpan
Pathologie Médicale	M. RIBAUT	Purpan
Physiologie	M. BESSOU	Purpan
Physiologie Appliquée et Pharmacologie	M. BAISSET	Rangueil
Séméiologie et Clinique Médicale	M. LAPORTE J.	Purpan
Thérapeutique	M. DARNAUD	Rangueil

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie Pathologique	M. BOUISSOU	Rangueil
Biochimie Médicale	M. DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Dermatologie-Vénéréologie	M. DUPRE	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. GUILHEM	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. PLANEL	Purpan
Neurologie et Neuro-Psychologie	M. RASCOL	Purpan
Physiologie et Pharmacologie	M. MONTASTRUC	Purpan
Pneumo-Phtisiologie	M. MIGUERES	Rangueil
Médecine Interne	M. LE TALLEC	Rangueil
Psychiatrie	M. GAYRAL	Purpan
Ophtalmologie	M. BEC	Purpan

Médecine Générale	M. ARLET	Rangueil
Neuro-Chirurgie	M. ESPAGNO J.	Purpan

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M. FABRE Jean	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG M.B.	Purpan
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE Pierre	Rangueil
Carcinologie	M. ESTRADE	Purpan
Chirurgie Générale	M. GAUBERT	Purpan
Chirurgie Générale	M. SARRAZIN	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. ESCHAPASSE	Purpan
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BES	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale Thérapeutique	M. SUC	Rangueil
Médecine Générale	M. RIBET	Rangueil
Physiologie	M. GERAL	Rangueil

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie Pathologique	M. RUMEAU J.L.	Rangueil
Anésthésiologie	M. VIRENQUE C.	Rangueil
Bactériologie-Virologie	Mme DIDIER	Rangueil
Biophysique	M. REGIS	Rangueil
Biophysique	M. GUIRAUD R.	Purpan
Cancérologie	M. CARTON M.	Rangueil
Cardiologie	M. BERNADET	Rangueil
Cardiologie	M. BOUNHOURE	Rangueil
Chirurgie Générale	M. ESCAT J.	Rangueil
Chirurgie Générale	M. GOUZI	Rangueil
Chirurgie Générale	M. COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. PUEL	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique	M. PONTONNIER G.	Rangueil

Hépato-Gastro-Entérologie	M. PASCAL	Purpan
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	M. SOLEILHAVOUP	Purpan
Médecine Interne	M. FEDOU R.	Purpan
Médecine du Travail	M. PUJOL M.	Purpan
Néphrologie	M. CONTE J.	Purpan
Neurochirugie	M. LAZORTHES Y.	Rangueil
Neurologie	M. GUIRAUD-CHAUMEL	Purpan
O.R.L.	M. LACOMME	Purpan
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie Plastique	M. UTHEZA G.	Purpan
Parasitologie	M. LARROUY	Purpan
Pédiatrie Génétique Médicale	M. ROCHICCIOLI	Rangueil
Pneumo-Phtisiologie	M. ALBAREDE J.L.	Purpan
Pneumo-Phtisiologie	M. JOVER	Rangueil
Physiologie	M. PAGES B.	Purpan
Psychiatrie	M. MORON P.	Rangueil
Radiologie	M. COMBES P.	Purpan
Radiologie	M. PUTOIS	Purpan
Rhumatologie	M. FOURNIE A.	Purpan
Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie	M. SALVADOR M.	Purpan
Urologie	M. PONTONNIER F.	Purpan

AGREGES LIBRES

Chirurgie Générale	M. SOUQUET	Purpan
Pathologie Expérimentale	M. GLEIZES	Purpan
Obstétrique	M. ESPAGNO G.	Rangueil

ADMINISTRATION

Secrétaire Général de l'Université	M. PRINEAU

Liste arrêtée le 17/10/1

L'Université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891)

A la mémoire de mon père

A ma mère

A toi

A vous

A Anne Rous de Feneyrols.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. GAYRAL

Professeur de Psychiatrie et de Psychologie Médicale
Médecin des Hôpitaux
Membre de la Société Française de Neurologie.

Nous sommes particulièrement sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de bien vouloir juger ce travail.

Nous sommes heureux de pouvoir vous exprimer ce faible reflet de notre reconnaissance et nous vous prions de trouver ici l'hommage de notre plus profonde gratitude et de notre respectueuse considération.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur G.LAZORTHES

Professeur de Clinique de Neuro-Chirurgie
Neuro-Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie Nationale de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
Doyen Honoraire.

Nous avons le sentiment réel de l'honneur que vous nous faites et nous tenons à rendre témoignage à l'éclat que votre présence nous apporte.

Que notre modeste ouvrage soit le bien faible hommage de notre profond respect.

Monsieur le Professeur P. BERNADET

Maître de Conférences Agrégé de Cardiologie
Médecin des Hôpitaux.

Votre discipline éloignée de la nôtre a pris le chemin de l'amitié pour la rejoindre. Pour ce passé et pour cet avenir soyez-en remercié.

Monsieur le Docteur J. OULES

Chargé de Cours de Psychologie Médicale
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Licencié ès-lettres
Diplômé d'études Supérieures de Philosophie
Diplomé de Médecine Légale.

Vous avez inspiré ce travail et lui avez apporté toute votre attention et toutes vos réflexions.

Vous nous avez souvent encouragé dans sa poursuite par vos messages de sympathie.

Nous tenons à vous assurer non seulement de notre profond respect mais encore de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Robert CAUSSE

Spécialiste de Neuro-Psychiatrie
Attaché des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter de siéger à notre thèse et nous vous prions de croire à l'expression de nos sentiments choisis.

A Monsieur le Docteur R. SOUBRIER

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Nous voulons vous dire combien durant notre séjour dans votre service, nous avons été sensible à votre humanisme et combien votre appréhension de la Maladie Mentale en général et du 'fou' en particulier nous fut précieuse et chère.

Permettez-nous, bien sincèrement, de vous témoigner notre profond attachement.

L E S Y N D R O M E D E P A S S I V I T E

(Abord phénoménologique et psychopathologique)

- S O M M A I R E -

Introduction à l'analyse du concept de Passivité

A - Le syndrome de Passivité

I A propos de six observations
II Sémiologie de la Passivité

1° La dépendance

a) le dynamisme personnel du patient
1- le désintérêt
2- la fuite devant les responsabilités
b) la qualité du vécu
c) l'humeur
d) l'affectivité
e) le comportement

2° L'agressivité

III A propos d'une lettre

B - Les formes étiologiques de la Passivité - Signification

I Le Malade, sa Maladie et la Passivité
II Le Malade, la Passivité et l'Institution

1° l'Institution asilaire comme structure aliénante
a) la structure institutionnelle
1 - l'institution comme structure totalitaire
2 - l'institution comme refuge contre l'angoi se
b) l'Institution psychiatrique comme néo-société asi laire
1 - le schéma interprétatif de l'Institution
2 - la structure institutionnelle comme réin-
terprétation du sens accordé au travail.

2° la Passivité comme mode d'adaptation au désir de l'Insti-
tution.

III Le Malade, la Passivité et les Neuroleptiques

C - Attitudes thérapeutiques - Perspectives

I Les chimiothérapies
II La Sociothérapie
III Les Psychothérapies

Conclusion.

INTRODUCTION

A. L'ANALYSE DU CONCEPT DE PASSIVITE

La Passivité, au sein même de l'Institution Psychiatrique, demeure comme une étrange mutation qui, d'abord envisagée non sans quelque satisfaction sous son aspect bénéfique et fécond, ne devait pas cesser, après une période euphorique, de poser le problème d'une réalité plus déconcertante en même temps que plus subtile dans sa signification.

Certes, on avait assisté depuis près d'un demi-siècle à un changement d'aspect des Hôpitaux Psychiatriques envisagés comme structure nouvelle. D'une manière peut-être velléitaire, en 1938, aux lendemains du Front Populaire, l'Asile, rebaptisé 'hôpital', cessait d'être un lieu privilégié de ségrégation au service d'un ordre social pour présumer le dessein d'une 'thérapeutique institutionnelle', relationnelle très vite embrumée par l'indifférence, l'inertie, la convention en même temps que "la grande peur des biens pensants".

Néanmoins l'idée d'un remaniement nécessaire et impérieux de l'Asile était évoquée comme élément profondément soignant, le Malade Mental, tout en conservant son statut de 'fou', retrouvait une réalité sollicitante dans une 'organisation', fut-elle hospitalière et au service d'une structure sociale rigide et trop souvent figée.

Le statut strictement médical de la Maladie Mentale, schématiquement stéréotypé, celui de l'Asile dérisoirement figé, tel un Jérome Bosch, dans un tableau relevant en même temps de l'imagerie populaire, où seules la pantomime et l'agitation grouillante d'une fosse aux serpents semblaient les éternels tenants, allaient être profondément remaniés par les effets des chimiothérapies et plus particulièrement des neuroleptiques.

Avec la disparition de l'agitation, les derniers vestiges symboliques du vieil Asile semblaient s'effondrer. Les symptômes les plus 'voyants', les plus 'criants', certains hurlements des soirs de lune, l'agressivité, les interéactions entre "agités", entre soignants-soignés, s'estompaient comme par miracle dans l'apparition d'une modalité nouvelle de comportement : la Passivité, mais la Passivité comme problème.

La question était dès lors posée. La passivité était-elle inhérente à l'utilisation des chimiothérapies et il eut été logique à priori de le penser sans toutefois oublier qu'elle existait déjà auparavant dans l'Asile, ou bien était-elle un phénomène plus global dont il fallait s'attacher dès lors à cerner toute la réalité ?

Certes, les médicaments avaient une fois de plus ébranlé l'Edifice mais l'avaient également remis en question en tant que structure émanée peut-être de la volonté d'une société décidée à se débarrasser, à n'importe quel prix, et souvent avec bonne conscience, de ceux qui ne lui ressemblaient pas. Nonobstant, et paradoxalement peut-être, la Passivité demeurait également un phénomène de notre société, un phénomène de temps.

Les médicaments avaient aussi remis en question les frontières nosographiques qui, sans être pour autant essentiellement morcelées, s'ouvraient une fois encore sur des perspectives socio-culturelles qui, sans ne pas être pour autant traditionnelles, montraient toute leur influence sur l'évolution de la Maladie Mentale.

La Passivité devenait en quelque sorte un concept que nous nous proposons dans cette étude d'envisager, en tentant de le dépouiller d'une certaine ambiguïté, née de la situation à la limite de ce qu'il convient d'appeler le 'normal' et le 'pathologique' sans toutefois sous-estimer son implication, de par la structure même de l'Institution soignante, de l'environnement social dont il est issu et de l'avènement des chimiothérapies.

L'historique de la Passivité expressément ou implicitement dénommée ne présenterait guère d'intérêt si, en dehors de son aspect évolutif et dynamique, il ne permettait, par la confrontation d'approches souvent ambivalentes et à la faveur de diverses disciplines de mieux cerner et de mieux comprendre peut-être ce 'concept' qui est loin d'être original et nouveau.

Les philosophes s'y sont d'abord intéressés et cette notion apparait dans les "catégories" d'Aristote sous le terme de "Passion" comme "tout ce qui se fait ou qui arrive de nouveau au regard du sujet auquel il arrive" par opposition à "action" "au regard de celui qui fait qu'il arrive".

Au XVII° siècle, le quiétisme, inspiré par Molinos et plus particulièrement exalté par Fénelon et Madame Guyon, en fait "un état continuel de quiétude et d'union avec Dieu où l'âme devient indifférente aux oeuvres et même à son propre salut".

La Passivité ainsi conçue se présentait en quelque sorte comme un état de contemplation et de soumission à l'action de Dieu.

Par ailleurs, jusqu'à l'effondrement de l'empire de Chine en 1911, le trône des Empereurs était surmonté d'un panneau de laque portant l'inscription "Wuwei" généralement traduite par "non agir", ne pas agir, ne pas intervenir, venue du fond des âges, élevée en devise nationale ; elle signifiait "ne trouble pas l'action par l'action" puisque déjà elle se défait pendant qu'elle s'accomplit.

Dans une perspective phénoménologique, Sartre, notamment dans la "Critique de la Raison Dialectique" comme dans "Saint Genet Comédien et Martyr", évoque également la Passivité comme la priorité, dans le sujet lui-même, de l'objet sur le sujet.

Les psychologues, et plus particulièrement les caractérologues, l'ont abordé par la suite, avec le soin et la minutie qu'on leur connait, mais comme nous le verrons, sous son aspect essentiellement négatif.

Il faut citer avant tout les travaux de l'école de Groningue et surtout de Heymans et Wiersma qui ont permis la systématisation, à partir des trois composantes fondamentales. et constitutives que sont :

- l'émotivité
- l'activité
- et le retentissement des représentations,

de 8 types :

Emotifs inactifs	I	EnAP	nerveux
Emotifs inactifs	II	EnAS	sentimentaux
Emotifs actifs	I	EAP	colériques
Emotifs actifs	II	EAS	passionnés
Non émotifs actifs	I	nEAP	sanguins
Non émotifs actifs	II	nEAS	flegmatiques
Non émotifs inactifs	I	nEnAP	amorphes
Non émotifs inactifs	II	nEnAS	apathiques

dont 4 caractérisés par "inactif", cette typologie n'envisageant donc pas la Passivité en tant que phénomène positif.

A la limite de la caractérologie, Pavlov et son Ecole, en considérant

- d'une part la force des processus d'excitation et d'inhibition,
- d'autre part l'équilibre de ces processus,
- et enfin leur motilité, décrivent dans leur classification neurologique un type nerveux faible ou type mélancolique qui semble le mieux évoquer la Passivité comme "blocage" de l'Energie vitale.

Dans une perspective essentiellement organiciste, certains psychiatres ont à leur tour appréhendé la Passivité.

Rogues de Fursac distinguait dans les "joies morbides" une forme active, par opposition à une forme passive, celle-ci désignant la satisfaction béate, l'euphorie de certains paralytiques généraux et de tuberculeux, l'état extatique de délirants mystiques.

De Clérambault dans "les psychoses à base d'automatisme" évoquait par "syndrome de Passivité" un ensemble de phénomènes tous organiques, la psychose qui en résulte étant de nature mécanique dans le point de départ et le développement" et surprenant à son début le sujet dans "un état affectif neutre".

Dide et Guiraud décrivent l'athymhormie comme "un déficit fondamental de l'élan vital, de l'intérêt, de l'affectivité" qui n'est pas sans rappeler la Passivité.

Il a fallu néanmoins l'avènement des neuroleptiques et leur implication dans la physionomie nouvelle de l'Hôpital Psychiatrique pour sensibiliser l'attention des Psychiatres - et les publications sont nombreuses et souvent diverses - à l'aspect strictement neurologique de la Passivité.

Cependant ce n'est qu'en 1959 que la Passivité est considérée comme une réalité psychologique par les

travaux de Balvet et de son Ecole dans "les comportements de Passivité au cours de la chimiothérapie des psychoses", sans oublier pour autant, en 1962, la publication de la brillante thèse de Madame O. Py.

Nous citerons enfin, dans l'Edition de 1967 du "Précis de Psychiatrie" du Professeur L. Gayral, la "crise de passivité" comme "une forme très curieuse" de fugues motivées et organisées de l'Adulte.

Les Psychanalystes, avec Freud, Jones, Abraham ont évoqué la Passivité. Dans leur récent Vocabulaire de Psychanalyse", J. Laplanche et J.B. Pontalis intègrent la Passivité dans la relation "Activité Passivité" comme "un des couples d'opposés fondamentaux dans la vie psychique".

Dans la perspective des modalités de la vie pulsionnelle, Freud écrit que "chaque pulsion est un morceau d'activité ; lorsqu'on parle de façon négligente de pulsions passives, on ne peut rien vouloir dire d'autre que pulsion à but passif".

Donner une définition de la Passivité, n'est pas, comme nous le verrons, chose aisée.

La Passivité ne peut être définie ni comme symptôme, ni comme une entité morbide. Sa seule réalité en fait un phénomène qui n'est pas plus spécifique de la Maladie Mentale que de l'Institution Psychiatrique ou même de la chimiothéra-

pie considérée. Elle n'en est que l'un des aspects et certainement pas le moins négligeable.

La difficulté d'en donner une définition qui ne soit pas ambigüe en même temps que limitée, donc contraignante, tient au fait

- qu'elle est une réalité psychologique prééminente que viennent corroborer notre système socio-culturel, le conditionnement qu'il implique et certainement notre système politique.

- qu'elle est aussi un phénomène intégré dans une relation duelle, dialectique avec l'agressivité envisagée par Balvet comme "contre passivité", constituant par là même une structure particulière originale dans son expression.

- qu'elle est également une réalité neurologique corollaire ou sous-tendue, plus négligeable certes mais implicante quant au vécu qu'a le malade de sa maladie.

- qu'elle n'est pas non plus un phénomène isolé au sein de l'Institution, laquelle semble au contraire lui apporter toute la caution qu'elle pourrait requérir tant au niveau des soignants qu'à celui des soignés.

- qu'elle pourrait être en quelque sorte comme un phénomène de masse auquel la société, de par sa structure même, politique, moraliste, de dirigeants-dirigés, de nantis-dépossédés, donne - d'aucuns ne pourraient véritablement le nier - une impulsion certaine.

- qu'elle est enfin une réalité chimiothérapique à laquelle les neuroleptiques en particulier apportent un nouvel aspect, nous amenant à reconsidérer le problème.

Antoine Porot, dans son manuel Alphabétique de Psychiatrie, définit la Passivité comme une "disposition mentale telle, que le sujet sans initiative, sans ressort, subit tous les événements, toutes les influences ou toutes les suggestions extérieures" mettant l'accent plus particulièrement sur "l'indifférence affective... la diminution.... de la spontanéité et du sens des initiatives, de l'auto-critique et du jugement" et réservant dans les étiologies possibles, une place aux comportements de Passivité (ou Syndrome de Passivité, Balvet, 1959) considérés comme "l'absence d'initiative résiduelle après disparition de l'activité délirante et de l'agitation "dans le cadre des effets secondaires des neuroleptiques et des conditions d'hospitalisation. Il semble bien, à priori, que ce soit là en fait une analyse de la Passivité plus qu'une définition, analyse par ailleurs partielle dans la mesure où elle ne retient aucunement ce que l'on pourrait nommer un des pôles de la passivité, celui de l'agressivité.

Lalande, dans son "Vocabulaire Technique et Critique de la Philosophie", déplore l'absence d'un terme "représentant le fait de subir actuellement une action par suite de la disparition du sens ancien (Sens A) du mot passion, passivité, tend (ant) à le remplacer dans cet usage". Dans son sens primitif la passion désigne : "tout ce qui se fait ou qui arrive de nouveau, généralement appelé par les philosophes, une passion au regard du sujet auquel il arrive et une action au regard du sujet qui fait qu'il arrive ; en sorte que, bien que l'agent et le patient soient souvent fort différents, l'action et

la passion ne laissent pas d'être toujours une même chose qui a ces deux noms, à raison des deux divers sujets auxquels on peut la rapporter" (Descartes, Les Passions de l'âme, I, art. 1).

Dans le Oxford English Dictionary, le passif est celui "qui subit l'action, sur lequel on agit", comme un être qui, en ne désirant pas prendre l'initiative de l'action, est enclin à devenir dépendant. Il s'agit bien là d'une tendance, avec ce que cela implique de puissance d'action, mais qui ne s'actualise pas entièrement en raison :

- du défaut de conditions appropriées,
- de la présence d'un obstacle qui l'arrête ou du moins la retarde,
- enfin de sa nature même qui ne peut comporter qu'un développement graduel.

Nous nous proposons, dans ce que l'on pourrait appeler la sociopathogénie de la Passivité, de préciser cela ultérieurement.

Dans le Littré, en terme didactique, le passif est celui "qui souffre l'action, l'impression" et par extension celui qui "n'agit point".

Il en est de même, à quelques nuances près pour le Grand Robert.

De ces différentes définitions, qui ne se veulent aucunement exhaustives et notamment de celle de l'Oxford English Dictionary, deux notions paraissent remarquables dans la Passivité ainsi définie :

- d'une part le fait de subir, de souffrir l'action, introduisant la notion d'une Passivité réceptive,

- d'autre part celui d'être agi, introduisant la notion d'une Passivité dépendante.

Il ne semble pas à priori que ces considérations bien que différentes puissent réellement s'opposer sinon pour constituer les deux éléments d'un dyptique que pourrait être la Passivité sans que pour autant, celle-ci puisse être atteinte comme nous le verrons plus loin, dans sa signification profonde en tant qu'expression d'une modalité particulière de comportement et de tendance.

Si la Passivité ne semble pas à priori requérir une définition initiale qui pourrait s'avérer par la suite limitative et contraignante on se doit d'en souligner d'emblée, sinon toutes les contradictions, du moins toute la complexité particulièrement dans la façon dont s'articulent entre eux ses différents termes.

Nous envisageons donc au départ la Passivité comme un mode existentiel caractérisé par une disposi-

tion particulière de l'aptitude à agir telle que le sujet paraisse refuser, nier ou s'opposer à l'action, aptitude de l'agir toujours inscrite en négation dans la mesure où l'on sait ce qu'elle n'est pas sans pour autant savoir ce qu'elle est précisément, fut-elle cernée dans son problème, sa signification et son implication.

A PROPOS DE SIX OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 1 Melle B... Ghislaine

Agée de 18 ans, elle est hospitalisée dans le service pour une 'schizophrénie de type hébéphrénique' évoluant depuis 1971 et ayant débuté par un état dépressif atypique accompagné de signes d'anxiété et de troubles du sommeil.

L'essentiel du tableau clinique est constitué par :

- une inhibition psychomotrice considérable
- un apragmatisme important
- un semi-mutisme
- des barrages idéo-affectifs.

Le tableau est précédé par des crises d'agitation clastique et une agressivité certaine à l'égard des parents, motivant et nécessitant l'hospitalisation en service psychiatrique.

Il faut remarquer que ces phases d'agressivité et de manifestations de "contre passivité" apparaissent dès que Melle B... doit s'adapter rapidement à un nouveau mode de vie scolaire (passage en classe de seconde au lycée, entrée à l'Ecole d'Infirmières). C'est ainsi que les trois séjours effectués en Hôpital Psychiatrique ont coincidé avec la rentrée scolaire (Octobre) des années 1971-72, 1972-73.

Une cure avec des anti-dépresseurs classiques associés à un traitement sismothérapique est faite lors des deux premières admissions. A la troisième admission une cure de Sakel est pratiquée, réduisant l'apragmatisme et de ce fait permettant en partie la réinsertion sociale de la Malade.

A l'examen psychologique, Melle B... se montre très inhibée. Le contact est particulièrement limité. La malade est mutique, angoissée, apragmatique, asthénique et passive à l'égard de toute sollicitation, de tout encouragement. Elle parvient seulement à dire : "je n'en peux plus, je ne peux plus rien supporter, je suis à bout. Au début j'avais du courage et après je n'en ai plus eu".

Les tests de personnalité révèlent cet état de blocage exprimé par une coartation (rétraction du vécu affectif émotionnel et désinvestissement de la réalité) se traduisant par un repli sur soi et une asthénie idéo psychique importants.

L'observation du comportement de la Malade par les infirmières du service confirme cette passivité :

- inhibition se manifestant par un apragmatisme quasi complet au niveau des activités les plus élémentaires de la vie quotidienne (toilette, repas...),

- acceptation passive du traitement,

- dépendance totale vis à vis du personnel avec recherche d'un contact physique de type maternel,

- absence de relations avec les autres malades et aucun intérêt pour les activités proposées.

La présentation du cas de Melle B... montre bien qu'au moins pendant les périodes d'hospitalisation, Passivité interne - révélée par les tests projectifs - et passivité externe - observable directement - concordent bien.

Certes le traitement a modifié les apparences, le comportement, mais s'est-il attaqué à la structure profonde de la personnalité de la Malade ? Cependant, il

est bien difficile dans ce cas de déterminer la part imputable à l'Institution et celle liée à l'évolution de la Maladie considérée, dans les conduites de passivité observées.

En fait, l'hôpital psychiatrique semble être le milieu relativement sécurisant auquel Melle B... s'est adaptée très rapidement.

OBSERVATION n° 2 Mademoiselle Ar... Jeanine

Agée de 35 ans, elle présente une schizophrénie de forme simple.

Elle est hospitalisée en Octobre 72 pour une durée de trois semaines. Le tableau clinique est alors le suivant : mimique un peu figée mais malade coopérante bien qu'aboulique. Un échec sur le plan affectif et professionnel a conduit progressivement Melle AR... à un état d'apragmatisme et de dépendance à l'égard de sa famille.

L'échec affectif (déception sentimentale à partir d'une relation phantasmée) débouche sur des propos délirants à thèmes d'interprétation et de persécution.

En fait le processus pathologique apparaît alors que Mademoiselle AR... est adolescente à partir de difficultés relationnelles massives avec son entourage.

En 1966, à la suite de sa déception sentimentale, elle est hospitalisée pour un état dépressif. Trois ans plus tard, une rechute, pour le même motif, nécessite une nouvelle hospitalisation. En 1972, un problème de reclassement professionnel conduit à une nouvelle décompensation.

tion.

Le climat d'échec amène la Malade à une dévalorisation de l'image de soi, à une négation de ses possibilités et conséquemment à une détérioration volitionnelle, à de l'apragmatisme et à certaines conduites régressives.

La malade analyse et critique son état, non sans quelque acuité :

- "Je me sens diminuée mentalement" vérifié par la présence d'une détérioration mentale au niveau des tests.

- "Je ne me sens bonne à rien... je ne me sens pas capable".

- "J'ai l'esprit de plus en plus lent".

Un traitement par Moditen Retard associé à du Surmontil est pratiqué au cours de l'hospitalisation et continué en cure ambulatoire après la sortie définitive de Melle AR...

A l'examen psychologique, on constate un niveau intellectuel normal mais une efficience affectée par une véritable conduite d'échec. Les tests de personnalité font ressortir ces mêmes sentiments d'échecs et d'infériorité, vécus sur un mode dépressif et anxieux perturbant les possibilités d'adaptation et de relation à autrui.

L'affectivité de base est extravertie et caractérisée par une immaturité du moi et une défaillance du contrôle émotionnel. Mais au cours de l'hospitalisation, la rétraction de la vie affective et la perte de dynamisme dominent le tableau.

Il y a ainsi chez Melle AR... un conflit permanent entre une structure du 'moi' active mais immature dont les effets sont perceptibles au niveau de la thématique délirante et un comportement extérieur passif qui lui permet

d'éviter, dans une certaine mesure, les frustations exogènes. Ceci entraine des difficultés d'adaptation considérables à tout système social, d'où la tendance très marquée de Melle AR... à s'adapter facilement à l'Institution Psychiatrique qu'elle vit comme un milieu peu conflictuel. Dans ce cas l'Institution a semblé favoriser une regression vers la passivité.

Pendant son séjour à l'hôpital psychiatrique, l'observation du comportement de Melle AR... par les infirmières rend compte de la rapidité avec laquelle cette malade va établir un rapport de fusion symbiotique avec l'Institution, milieu protégé et sécurisant parce que replié sur lui-même.

On observe ainsi que la Malade

- s'adapte très vite au rythme de vie du service aussi bien pour les activités vitales (repas, coucher, lever...) que pour la participation à l'entretien du pavillon (vaisselle, ménage).

- se plait dans le pavillon et élabore très rapidement des relations avec les infirmières et les malades.

Le traitement est accepté passivement sans opposition ni demande.

Aucune initiative personnelle n'est notée.

Donc l'aspect extérieur de la passivité de Melle AR... ne se manifeste ni par du mutisme, ni par une opposition passive, ni par de l'apragmatisme mais par une pseudo adaptation où seules les conduites les plus primaires et les plus stéréotypées sont assurées car ne demandant pas de réel esprit d'initiative, ni d'effort de volonté particulier. Dans ce cas, nous pouvons parler de passivité secondaire dans la mesure où elle nécessite une analyse plus approfondie des conduites pour être affirmée.

OBSERVATION N° 3 Melle MA... Hélène

Agée de 39 ans, sa première hospitalisation remonte au 16.5.1971. Elle durera 2 mois.

Habituellement gaie et assez dynamique, entretenant de bons rapports avec sa famille, Melle MA... est admise pour la première fois dans le service pour un 'état dépressif avec mutisme et apragmatisme'. Elle est inquiète, son regard est fuyant.

Le début de la Maladie a été brutal et le diagnostic alors émis est celui de 'dépression sur fond dissociatif". Quant à Melle MA... elle pense pour sa part, que son état est réactionnel au décés de sa mère à qui elle était fortement attachée (la Malade avait 24 ans quand sa mère est morte).

Elle est alors traitée par l'Emergil Retard mais il faudra doubler les doses pour constater une amélioration au niveau des conduites verbales et des expressions mimiques.

Après un an d'interruption, elle revient dans le service pour un séjour d'un mois, suivi d'une période de rémission de deux mois et d'une nouvelle hospitalisation en Octobre 1972 qui dure encore actuellement.

Pendant l'année d'interruption, Melle MA... dont la mère est décédée, dont le père est hospitalisé, ira à l'hospice de Valence où elle rend de "menus services". On note néanmoins chez elle une alternance de conduites 'normales' et de périodes de mutisme et d'inertie complète.

Malgré le début brutal de la maladie quelques signes avant-coureurs d'un déséquilibre sont relevés par ses proches :

- accés de violence contrastant avec la timidité habituelle de la Malade,

- négligence de sa personne,

- pas de suite au niveau idéique ou dans les activités,
- préoccupations excessives pour la santé des autres,
- idées mystiques,
- troubles du rythme nyctéméral avec refus de se coucher la nuit pour pouvoir travailler,
- périodes d'anorexie.

L'examen psychologique est pratiqué en Octobre 1972 une quinzaine de jours après la troisième admission de la Malade. Melle MA... est alors figée, parle difficilement et répond aux questions posées. de façon stéréotypée. Le niveau intellectuel se situe à la limite de la débilité. Les possibilités d'adaptation sont très limitées. La malade se montre très passive et en fait 'subit' les tests.

Au niveau du Rorschach, le blocage affectivo-émotionnel observable se traduit par une rétraction actuelle de l'affectivité, des comportements très stéréotypés et régressifs. Cependant la structure affective profonde est extravertie et marquée par une défaillance du contrôle idéique et émotionnel ce qui explique des phases d'agitation ou d'opposition.

Tout comme dans l'observation n° 2, mais de façon plus nette ici, il y a oscillation entre périodes passives et conduites "contra passives" d'opposition et d'agressivité. Il y a donc chez Melle MA... une dynamique interne conflictuelle qui ne parvient à aucun moment à se stabiliser, si bien que dans ces conditions la passivité semble être le meilleur processus adaptatif. Cette passivité peut être totale et la Malade est alors mutique et totalement apragmatique, ou bien plus élaborée et Melle MA... donne alors l'illusion d'être adaptée au milieu institutionnel en 'participant' à son mode de vie.

L'observation de ses conduites au niveau du service corrobore cela. En effet, les infirmières ont pu constater que Melle MA... s'est très vite adaptée au service, ne manifestant aucune opposition, acceptant passivement le traitement et toutes directives. A aucun moment la Malade ne refusait les tâches proposées. Aucune initiative n'est prise et seul l'accomplissement de tâches stéréotypées est possible (ménage, vaisselle...). Aucun désir de sortie ni de besoins personnels ne sont exprimés.

Melle MA... se montre par ailleurs conciliante dans ses rapports à autrui, mais ce n'est jamais elle qui provoque les 'rencontres'.

Nous voyons donc que, dans un milieu sécurisant permettant le développement de la passivité déjà existante, Melle MA... se sent bien adaptée et ne manifeste aucune conduite agressive.

OBSERVATION n° 4 Mademoiselle A... Henriette

Elle est âgée de 41 ans et hospitalisée dans le service au mois d'avril 1963 pour un 'syndrome schizophrénique'. Le tableau clinique était alors le suivant : opposition, réticence, méfiance, refus du contact, maniérisme, sourires immotivés, discordance idéo-affective, rationalisme morbide, idées délirantes sur des thèmes de persécution.

Après deux mois d'hospitalisation, Melle A... reprend ses activités de secrétaire, mais la qualité de son travail se dégradant, elle est mise en congé de Maladie en 1965.

En Août 1968, elle est à nouveau admise dans le service avec la même symptomatologie qu'elle présentait au moment de la première hospitalisation. Elle est encore à ce jour hospitalisée.

Dès la seconde admission elle est traitée par la Fluphénazine à des doses moyennes de l'ordre

de 180 gouttes quotidiennes. Deux mois plus tard, en Septembre 1968, elle est mise au Moditen Retard (4CC toutes les 3 semaines). En Janvier 1969 la Pipothiazine Retard (Majeptil 19551 puis 19552) est substituée au Moditen et donnée par voie injectable à la dose de 4 CC par mois. Le traitement est toujours en cours à l'heure actuelle.

Pendant la durée de ce traitement par les neuroleptiques à action prolongée, la Malade reste figée et ne se livre seulement qu'à des activités strictement stéréotypées. Cependant, l'apparition de conduites caractérielles, de mécanismes obsessionnels et d'agressivité nécessitent en Janvier 1971 une 'cure' de Neuleptil.

De 1969 à 1971, Melle A... a été par ailleurs suivie régulièrement par des investissements psychologiques. Les tests projectifs passés tous les 3 mois pendant cette période confirment la clinique en révélant une anxiété perceptible pendant le traitement au Moditen, disparaissant avec le Majeptil pour réapparaître de façon plus marquée six mois après le début de ce dernier traitement. Cette anxiété est accompagnée de traits obsessionnels, d'agressivité, de sentiment d'insécurité et d'une labilité affective importante (passage de l'extraversion affective à un désinvestissement affectif d'abord puis à une tendance intraversive ensuite).

Melle A... verbalise son état : "Je me sens figée, toute drôle, énervée. La piqûre m'empêche de travailler, elle est trop forte". L'injection du neuroleptique à action prolongée est, d'après elle, responsable de son état qui se caractérise, comme nous l'avons déjà signalé, à la fois par de l'apragmatisme, de l'opposition et de l'agressivité. "Avant j'acceptais bien mon travail, je me sens maintenant freinée".

Cette période de changement de comportement, de passage de la soumission à la révolte avec cependant une verbalisation d'un état de malaise physique, de 'sclérose' apparemment imputable à la camisole chimiothérapique imposée débouche sur une 'cure' de Neuleptil.

Envisagé sous l'angle de la Passivité, le cas de Melle A... est intéressant, d'un triple point de vue :

- d'une part, il existe une forme de passivité imputable au traitement par les neuroleptiques à action prolongée se manifestant par une akinésie, l'impression d'être figé mentalement et physiquement. Mademoiselle A... est incapable de quelque acte que ce soit.

On peut alors évoquer la composante neurologique de la Passivité à partir de l'action des neuroleptiques sur le système extra pyramidal.

- d'autre part, il existe une forme de Passivité imputable à la Maladie Mentale elle-même et à son évolution se manifestant par des conduites stéréotypées, la perte de toute initiative, l'aboulie, voire l'asthénie et un certain type d'apragmatisme.

- Enfin, il existe l'action répressive du milieu institutionnel et des 'soignants' en particulier qui ne supportent pas de voir la Malade se 'rebeller' contre le traitement ou manifester des conduites agressives. Cette action se traduit par l'administration de neuroleptiques à visée "anticaractérielle" qui aura pour effet de limiter à nouveau la Malade à sa passivité.

Le cas de Melle A... est une forme clinique installée où passivité et agressivité alternent dans le temps et dans laquelle le Psychiatre par le truchement de l'arsenal chimiothérapique va s'efforcer d'abraser les phases agressives et les crises d'agitation pour finalement réduire la Maladie à un état de passivité chronique et durable.

OBSERVATION n° 5 Madame P... Berthe

A l'âge de 45 ans elle est hospitalisée dans le service pour un 'syndrome schizophrénique' évoluant depuis 1956.

Depuis 1958 la Malade a été hospitalisée à onze reprises, les périodes de rémission où il lui

était possible de vivre chez elle s'étant progressivement espacées et étant de plus en plus brèves. La dernière et actuelle hospitalisation remonte au mois d'avril 1970.

Les phases d'excitation et de dépression se succèdent. L'essentiel du tableau clinique est constitué par des idées de suicide, des idées de culpabilité, de persécution, des idées interprétatives, une discordance, des troubles du comportement, une asthénie évoluant vers un apragmatisme croissant.

Cette malade a reçu de nombreux traitements physiques (électrochocs en 1958) et chimiques, de type neuroleptique à doses faibles et à visée essentiellement anti-caractérielle., associé à des anti-dépresseurs pendant les phases anxieuses et dépressives.

Dans le service, on note d'abord une alternance de phases pendant lesquelles la Malade se replie sur elle-même et devient totalement apragmatique avec des phases où elle est plus 'tonique' ; plus détendue, plus sociable, acceptant alors d'aller à l'ergothérapie.

Progressivement, la Passivité prédomine le tableau clinique et semble être alors l'aménagement vital recherché par la Malade. Elle refuse d'aller chez elle, de s'occuper de son ménage : "Je ne peux plus vivre seule. Je me sens dans le néant, dans le vide et mon état physique porte sur le moral. Maintenant rien me dit".

Au niveau du service, elle ne fait rien, reste assise toute la journée sur une chaise car elle n'a envie de rien et rien l'intéresse.

Cette perte d'intérêt, cet adynamisme, cet apragmatisme semblent imprégner toute la personnalité comme le montre l'examen psychologique pratiqué en septembre 1959. Au niveau des tests de personnalité, on constate chez Mme P... une perte de contact avec la réalité, avec repli sur un monde imaginaire et une inhibition affective considérable se marquant par un désinvestissement de la réalité et un manque d'intérêt général, accompagné de dépression anxieuse et de sentiments de culpabilité. L'apragmatisme et l'aboulie

alors observables semblent être un prolongement de ce désinvestissement idéo affectif massif.

Donc, actuellement, cette malade est bien 'chronicisée' par le système institutionnel qui encourage sa passivité en s'opposant d'une part à ses symptomes de contre passivité, en favorisant d'autre part son adynamisme et son inertie et conséquemment en se montrant peu invigorant à son égard, ce qui écarte toute possibilité de sortie.

OBSERVATION n° 6 Melle T... Michèle.

Elle est âgée de 31 ans. Le diagnostic est celui d'une 'schizophrénie' évoluant depuis une dizaine d'année.

Idées suicidaires ("j'en ai assez de tout et je veux en finir"), instabilité, angoisse, sentiments d'étrangeté et perte de contact avec la réalité constituent le tableau clinique lors de la première hospitalisation en 1964.

L'association de traitement physique (électrochocs) et chimiques (Halopéridol et Nozinan) permet l'amélioration du tableau et la sortie.

En Novembre 1966, Melle T... rechute et c'est à nouveau une hospitalisation. Elle présente alors un syndrome d'excitation avec manièrisme. Le contact est fuyant, la Maladie niée. La Malade se révolte contre cette hospitalisation et le traitement qu'elle estime trop 'fort'. "Je suis dans le coma" disait-elle alors.

En 1967, nouvelle hospitalisation avec présentation clinique différente des précédentes et marquée par de l'apragmatisme et de la rigidité. Un traitement associant le Moditen et le Surmontil est alors administré. La malade se plaint de "malaise" qu'elle attribue au traitement.

En mai 1969, 4° hospitalisation pour une durée de 4 mois : la fluphénazine retard (Majeptil retard 19551) est substituée au Moditen et est administrée à la dose de 4 CC tous les 15 jours, puis tous les deux mois.

En Octobre 1969, Melle T... sort et exercera alors différentes professions jusqu'en Octobre 1972.

En février 1973, elle est admise pour la cinquième fois dans le service. Elle présente alors des symptômes choréiformes et un certain maniérisme.

En septembre 1973, la Malade parvient à s'occuper un peu mais doit être stimulée pour travailler. Une 'invigoration' constante est nécessaire pour éviter que Melle T... ne se replie davantage sur elle-même et ne devienne totalement apragmatique.

Dans ce cas précis, le milieu familial "pathogène" a contribué à favoriser chez Melle T... une forme de passivité ou apragmatisme et agressivité à l'égard de ses parents se succèdent. Ceci ressort au niveau des différents examens psychologiques pratiqués. Les sentiments d'infériorité et les sentiments d'échec éprouvés par la Malade et en partie déterminés par les attitudes parentales fait osciller Melle T... entre l'agressivité et la culpabilité, le besoin d'autonomie et le besoin de dépendance. Or son immaturité structurale ne lui permet pas de se libérer de sa famille.

Il semble que dans ce cas les comportements agressifs, les conduites opposantes évoquent une passivité sous-jacente fondamentale.

S E M I O L O G I E D E L A P A S S I V I T E

"Les Hôpitaux Psychiatriques sont pleins de ces gens ; non seulement enfermés derrière des murailles mais la nuque raide, névroseptisés, la démarche mécanique, gelés au dedans de leur corps.

J.E. HALLIER
La Cause des Peuples.

Si l'approche de la Passivité en tant que "concept" parait quelque peu floue ou au mieux ambigüe, il n'en va pas de même de l'appréhension de ce comportement dans sa dimension clinique comme psychosyndrome et dans le contexte même de l'hôpital psychiatrique considéré comme le champ de l'emploi thérapeutique des moyens institutionnels.

L'insitution Psychiatrique, champ clos où les conflits sans être pour autant niés doivent sinon être "guéris du moins être muselés ou étouffés, de par sa structure même, apparemment sécurisante et routinière et de par l'utilisation des médicaments et plus particulièrement des neuroleptiques, s'attache, dès que le patient est admis dans son "circuit", à donner à la maladie mentale et aux psychoses surtout une physionomie nouvelle et problématique.

Certes, comme nous le faisions déjà remarquer dans notre introduction, dès lors que la "stratégie institutionnelle" considérée dans l'ensemble même de ses actions, entre dans le jeu, on ne peut que remarquer à priori et souvent avec soulagement son action réductrice sinon répressive à l'égard de la symptomatologie psychotique dans son aspect 'voyant' ses 'symtômes cibles' ceux là même qui "signifient" la Maladie Mentale aux yeux de tous comme les hallucinations, le délire, les 'idées folles' de toute nature, l'agitation et le désespoir. La "folie" est mise au passé après que se soit produit ce que Lambert nomme une "désafférentation" de la ligne d'existence du petient ainsi traité, dans le sens d'un infléchissement et sur une modalité négative ; cette "désafférentation" pouvant être

par ailleurs considérée comme un mode de défense passive, de soumission au "fatum" de la maladie et à l'organisation thérapeutique qu'elle implique.

Cependant, alors que les symptômes encore appelés "productifs" de la Maladie Mentale sont atteints ou dans leur expression ou dans leur fond, on observe corollairement soit une modification, soit comme une sorte de régression de la maladie au niveau

- du comportement,
- de l'humeur,
- de l'affectivité,
- de la qualité du vécu,
- du dynamisme personnel du patient

considéré, sans que l'on puisse pour autant évoquer les symptômes négatifs de la Maladie Mentale si ce n'est pour les discuter.

Le Docteur Balvet, dans la description sémiologique qu'il fait de la Passivité, envisage essentiellement deux pôles nécessairement liés :

- d'une part, la dépendance,
- d'autre part, l'agressivité considérée comme "contre comportement" et désignée comme "contre passivité".

L A D E P E N D A N C E

C'est la passivité à proprement parler et nous nous proposons de l'envisager successivement dans son influence sur le dynamisme personnel, la qualité du vécu, l'humeur, l'affectivité et le comportement du patient.

1° - LE DYNAMISME PERSONNEL DU PATIENT

est modifié dans le sens d'un désintérêt et d'une fuite devant toutes les responsabilités qu'il "devrait" prendre et assumer.

a) - Le désintérêt

Ce que Bergson nomme "l'attention à la vie", Janet "La fonction du réel", Bleuler et Minkowski "le contact affectif avec la réalité" sont remis en cause dans le sens d'un désintérêt général pour l'ambiance, d'une impossibilité à s'exprimer dans leur double et incessant mouvement

- de propulsion vers le monde extérieur pour s'harmoniser avec lui,
- de repli, devant sa "dominance" afin de ne pas l'avoir à affronter gratuitement.

Le milieu se trouve en quelque sorte désinvesti de tout attrait ou intérêt exprimés et le malade n'a plus sur lui d'influence après avoir pris à son égard

une certaine distance dont il parait s'accommoder. Cette "distanciation" n'est pas d'ailleurs sans évoquer l'indifférence, la situation de l"Etranger" ayant renoncé à la révolte contre l'absurde ou à une situation vécue comme telle.

Le malade a perdu un peu de sa spontanéité et le plus souvent ne s'intéresse plus à grand chose ou s'il s'intéresse à certains sujets qui lui étaient auparavant très chers il ne le fait que d'une manière distante et très détachée.

Sa "capacité aux conflits" est souvent inexistante ou du moins rarement explicitée. On a l'impression qu'il se laisse bien plus porté par les phénomènes vitaux essentiels qu'il ne les fuit ou les évite.

Dans cette perte de l'initiative psychomotrice, le "Malade passif" n'est plus capable de se poser comme individu, de s'imposer comme personne, de se diriger en accord avec lui-même et surtout indépendamment d'autrui et de son entourage. Il est impuissant à "décider à agir", réduit en quelque sorte, à un état proche de celui du robot ou de l'automate, "régularisant" de la sorte l'ensemble de ses manifestations psycho-motrices que ce soit dans ses paroles, dans ses gestes ou dans ses mimiques.

b) <u>La fuite devant les responsabilités</u>

à laquelle le patient est inévitablement amené de par sa désaffectation pour l'univers dans lequel il vit, vient préciser le désintérêt.

Dans son impuissance à agir, il ne peut nécessairement que s'abandonner à l'obéissance, aux ordres reçus. Il exécute tout ce qu'on lui demande et cela, même si parfois il agit contre son gré. Il est le plus souvent calme, peu ou pas agressif, maniable, ne posant aucun problème dans le pavillon. C'est le "bon malade", le malade "gentil" qui rend service et sait se rendre utile quand on le lui propose. Il peut à la limite passer inaperçu dans sa difficulté à se manifester.

Cette attitude de soumission approbative et docile le place dans une situation de dépendance, de suggestibilité qui l'ouvre sans aucune difficulté aux influences les

plus diverses et parfois les plus contradictoires.

Touché dans son dynamisme vital, le Malade passif retire son investissement du monde sans que pour autant le contact vital avec la réalité soit morcelé ou dissocié.

2° - LA QUALITE DU VECU

Le malade vit dans un présent qui s'est figé peu à peu sur lui-même et n'est au monde institutionnel que parce qu'en fait il s'y trouve et sans y être intimement lié.

Si dans son "moi-ici-maintenant" notre destin présente un dynamisme à la fois spatial et temporel, celui du Malade passif, avec son milieu déserté, dévitalisé, semble au contraire s'accomplir dans une forme "d'inanition" que nous considérerons comme un mode d'appréhension de la réalité effective.

Après avoir été amené, de par sa structure présumée morbide ou de par son environnement, à renoncer à la plupart des privilèges de sa liberté qu'il ne reconnait plus comme telle et comme sienne, le Malade vit dans une temporalité figée, celle-ci nous amenant à considérer, en nous reférant aux Etudes de Strauss, le rôle attribué aux phénomènes du temps dans la génèse et l'évolution des troubles mentaux.

Ainsi donc, Strauss distinguait :

- d'une part le temps immanent, c'est-à-dire le temps du 'moi',
- d'autre part le temps transitif, le temps du monde, c'est-à-dire la marche du temps dans son maintenant, son hier et son demain,

les deux intervenant pour se retrouver en harmonie ou en déséquilibre dans la constitution du temps vécu.

Dans le contexte de la Passivité, le temps immanent se ralentit sensiblement pour à la limite arrêter sa marche, se 'pétrifier' alors que le temps transitif se répète inlassablement dans un rituel quotidien dont les rites ne sont jamais que des actes privés de tout signifiant existentiel.

Cette appréhension par le Malade passif du "temps figé" a pour lieu un espace vécu comme 'gelé', désanimé, bloqué dans son mouvement perpétuel d'expansion et de rétraction qui est la pulsion même du 'moi'.

Il nous faut évoquer ici, bien succintement d'ailleurs, la spatialisation de ce que Heidegger, dans la tradition existentiale nomme : 'l'être là' le 'Dasein' avec sa tendance constante à surmonter la distance, à "se rapprocher de.." avec sa volonté de détruire ou du moins de surmonter l'éloignement qui le sépare du monde environnant.

Il semble que chez le passif cette action spatialisante du Dasein soit en quelque sorte suspendue et limitée à un 'univers borné' tant par la structuration morbide de l'individu que par l'organisation institutionnelle ou sociale dont il est ou dont il fait l'objet.

Si c'est bien à la limite de la durée et de l'espace que l'on peut appréhender les sentiments d'absence et de présence, le Malade Passif, lui, nous donne l'impression de n'être jamais là malgré sa présence physique, soit de par une sorte d'éparpillement de sa personnalité, soit de par la froideur distante qu'il érige comme une défense. Il est absent à sa présence.

De cette temporalité 'figée' dans une spatialité 'gelée' naît un détachement de l'extériorité du monde, d'une réalité non confrontée avec le moi-vécu. Dans une perspective essentiellement phénoménologique, ce dernier ne peut s'affirmer au monde qui le sollicite et qu'il sollicite que par son élan personnel, celui-ci reliant dans une même action le moi à la chose désirée et réalisée.

Or, il ya chez le Malade passif une atteinte de cet élan, atteinte conditionnée par un "désamorçage général des valences" qui confèrent aux objets (ou aux êtres) un

pouvoir attractif ou répulsif impliquant de la sorte l'individu dans une manière de "non être" par rapport à l'ambiance qui l'amène à ne plus vibrer en harmonie avec elle, attitude qui n'est pas d'ailleurs sans évoquer la schizoïdie.

Si l'élan vital est certainement le vecteur essentiel de notre "projection" dans l'avenir, de notre engagement vers des situations nouvelles, souvent sources de conflits, il y a chez le passif particulièrement écrasé dans son impossibilité qu'il a de mourir à une situation donnée pour renaître à une situation autre, un retrécissement, une dévalorisation, une peur même de l'avenir qui aboutissent à la recherche de conditions sécurisantes, éventuellement celles de l'Asile, à une économie des dépenses critiques d'intégration et des moyens, à un reploiement.

3° - L'HUMEUR

En fait, il n'y a pas à proprement parler d'altération de l'humeur et cela même si certaines apparences laissent évoquer quelques signes de la série dépressive comme la morosité, (et l'on retrouve effectivement chez le 'Malade passif' une forme d' "éternisme morose"), la recherche de l'isolement ou de la solitude, l'inhibition ou la tristesse.

On remarque néanmoins une certaine coloration neutre de l'humeur donnant au patient une impression de lassitude, de morne ennui à laquelle viennent s'ajouter une "anorexie vitale", un déficit de l'élan vital qui, en fait, comme nous l'avons déjà fait remarquer ne semble que suspendu, comme attente ou protection contre une situation imaginaire remplie de dangers dont il aurait à se protéger ou à se défendre.

Cette langueur observée chez le malade est d'ailleurs de nature beaucoup plus existentielle que pathologique et cela quelle que soit l'acuité de cette indifférence émotionnelle.

4° - L'AFFECTIVITE

L'affectivité influencée par la Passivité traduit bien comme pour l'humeur ce même décalage de la vie du patient par rapport au devenir ambiant concret et immédiat qui n'en est plus un puisqu'il demeure pétrifié dans la temporalité suspendue du malade.

Et l'on retrouve cette même mise en sourdine, cette même neutralité de la plupart des réactions idéo-affectives, comme une sorte d'indifférence affective pouvant expliquer d'une manière bien paradoxale l'amélioration du contact avec le patient.

Ainsi donc la charge affective du malade passif est désamorcée, privée de son expressivité émotionnelle comme si rien ne pouvait l'atteindre dans son inattaquabilité qui tend à le résorber dans l'immobilité des choses en deçà des conquêtes et des sentiments habituels de la vie.

5° - LE COMPORTEMENT

Le Docteur BALVET définit la Passivité comme une "inactivité" mais une inactivité originale dans son expression, particulière au patient qui la subit, la différenciant ainsi de celle rencontrée au cours de certaines affections mentales comme le négativisme, l'inhibition psycho-motrice de la mélancolie, la catatonie ou la stupeur confusionnelle.

Dans une même perspective différentielle, la Passivité en tant qu'inactivité n'est pas cette opposition sourde mais choisie du mutisme ou du refus d'aliments. Elle n'est pas non plus ce sentiment de doute, d'indécision ou d'irrésolution observé chez certains névrotiques comme l'obsédé, pas plus qu'elle n'est d'ailleurs ce retrait du milieu ambiant comme mode agressif de refus socialement toléré ou admis.

S'il est évident qu'il y ait dans la passivité une part d'inactivité, il ne nous parait pas possible par autonymie d'opposer la Passivité à l'activité rejoignant par là même Minkowski quand il écrit :

"Le phénomène vital qui s'oppose à l'activité n'est pas la Passivité comme le voudrait notre raison, mais l'attente".

Il n'en demeure pas moins qu'il existe chez le Malade passif une forme d'inactivité, un déficit pragmatique, une perturbation de l'action au niveau de sa maîtrise qui demeure le symptôme qui le plus souvent sollicite notre attention et notre intérêt.

Cette activité dégradée est parfois discrète, presque insidieuse, évoquant une certaine mollesse, un certain fatalisme d'une action résignée, comme une indifférence chez ces malades trop calmes voire ralentis ou inactifs, vivant dans une oisiveté apparente et grave, ne s'occupant plus et refusant l'ergothérapie. Même quand ils participent aux différentes activités hospitalières ils ne les assurent que comme des rites souvent imposés ou en tous cas dénués de toute signification immédiatement vitale.

Quand ils "garnissent" les salles de jour des Hôpitaux Psychiatriques, leurs échanges qu'ils soient agis ou verbaux sont rares et il existe bien chez eux un rétrecissement progressif des contacts asilaires dans leur désir d'éviter sans toutefois les fuir leurs semblables ou les soignants.

Cette modalité particulière de l'activité peut être néanmoins plus évidente et aller jusqu'au ralentissement total, à l'inertie, posant alors le problème d'un syndrôme d'imprégnation par les neuroleptiques.

Il n'est pas rare pourtant qu'une certaine activité que l'on pourrait appeler résiduelle persiste au niveau :

- de conduites stéréotypées et rituelles comme certains travaux ou occupations effectués dans le contexte de l'ergothérapie, comme certaines activités "domestiques" de la vie pavillonnaire.

- de conduites apparemment insolites et désadaptées pouvant aller d'une négligence excessive à un goût excessif de l'ordre et de la propreté.

C'est bien dans la conscience altérée du malade passif que l'action n'est plus maîtrisée au niveau des différents termes de sa globalisation et de son intégrité.

L'atteinte de la puissance de décision de l'action s'exprime, comme nous l'avons déjà évoqué dans le manque d'initiative du passif, ce qui est compréhensible puisqu'au départ il ne désire pas l'action et partant même ne cherche pas à la solliciter. Il est incapable de se décider à agir ; attentif qu'il est à ne pas être mis en état d'insécurité, l'action étant vécue par lui comme désécurisante dans l'acceptation d'un risque éventuel.

Mais il y a dans ce risque éventuel la notion d'obstacle et l'affrontement qu'il peut induire. Confronté à une telle situation, le Passif, dans son impossibilité à persévérer, se replie dans une attitude d'abandon et de démission qui lui est difficile de justifier.

En ce qui concerne l'autonomie de l'action, le Malade Passif dépourvu d'esprit de décision et d'initiative, ne peut persévérer dans une activité qui lui a été dictée que s'il y est invité ou obligé.

L'action engagée implique enfin sa "liquidation" ou "terminaison" pour pouvoir se tourner vers une autre. Il y a chez le Malade passif cette difficulté à se détacher de l'action entreprise, à décider du bout de son acte - "Il faut une action et souvent une action énergique pour arrêter l'action". P. Janet - pour en entreprendre une autre à la faveur de laquelle il retrouverait les mêmes difficultés voire la même répugnance.

Avant de terminer l'analyse clinique de la Passivité dans son premier rôle de dépendance, il nous faut évoquer la réalité neurologique qu'elle recouvre également.

Il existe en effet chez le patient neuroleptisé un syndrome neurologique akinétique faisant en quelque sorte de la Passivité un état d'indifférence psychomotrice à type de rigidité extra pyramidale, de tremblement d'impatience musculaire auquel il convient d'ajouter la lenteur des gestes, l'existence d'une amimie plus ou moins importante, la lenteur de la parole. Cet état les empêche de marcher librement et d'avoir une vigilance adaptée justifiant l'utilisation de l'expression "camisole chimique" donnée à l'action des neuroleptiques.

En fait cette symptomatologie n'est pas sans rappeler l'évolution déficitaire des psychoses et plus particulièrement des schizophrènies, ce que Follin appelle "le syndrôme schizophrénique résiduel à minima".

Pourtant, malgré leur masque figé et impassible, malgré ce renoncement à une expression idéo-émotionnelle et affective adaptée à l'action, ces malades dès que l'on a réussi à établir le contact avec eux se livrent dans un dialogue dont le contenu n'est dépourvu

- ni de réflexion
- ni de la possibilité d'un jugement adapté
- ni de la capacité appréciative excluant en quelque sorte de par là même les troubles séquellaires et les comportements improductifs de la psychose.

Ce qui frappe avant tout et émeut, c'est cette "absence existentielle" cette impossibilité fondamentale de ne rien faire de véritablement constructif dans la mesure peut-être où toute activité entreprise qu'elle soit choisie, imposée ou suscitée, est détachée d'une nécessité vitale ambiante dans laquelle le patient évolue sans pour autant s'affirmer comme individualité indépendante autonome et responsable.

Il est tout entier "tourné vers le dedans" ; ses préoccupations pour être silencieuses n'en sont pas moins existantes et réelles et demeurent malgré tout réflexion sur une condition humaine nouée au sein même d'un réseau inextricable mais certainement critiqué par le Malade quand on l'en sollicite.

L' A G R E S S I V I T E

L'inertie, le refus de l'action, ce retrait à l'égard de l'engagement qu'offre habituellement et de la manière la plus sensible le Malade passif, contrastent non sans quelque ambiguïté avec l'agressivité, le mécontentement et à la limite l'hostilité qu'il peut affirmer comme "contre passivité".

Ce "contre comportement" par opposition aux "phénomènes de passivité" proprement dits et souvent en alternance avec eux va pouvoir s'exprimer par différentes conduites qui ne sont pas sans évoquer celles de l'enfant ou de l'adolescent, en même temps que celles de la dissidence.

Et on peut alors être confronté avec

1° - une forme d'oppositionnisme systématique et délibéré pouvant aller jusqu'au négativisme, celui-ci étant vécu comme réprobation d'un présent au nom d'un avenir mal appréhendé sinon fermé. Le malade refuse alors tout ce qui lui est proposé que ce soit au niveau des distractions, des projets de toute sorte, des sorties ou des travaux. Il remet sans cesse en question le traitement imposé ou proposé en prétextant qu'il ne lui convient pas ou qu'il lui enlève tout entrain, tout désir ou toute force. C'est ce "à quoi bon", le "j'en ai marre", le "cela ne sert à rien et ne changera jamais rien".

2° - une agressivité crispée, hargneuse et querelleuse souvent sans raison apparente, survenant d'une façon imprévue et pouvant aller jusqu'à certains comportements clastiques bien vite re-

grettés et vécus alors comme culpabilisants. "Que s'est-il passé ?, habituellement, tu es tranquille et gentil, tu ne cherches jamais dispute à personne - je ne sais pas".

3° - Certaines bouderies qui ne sont jamais que l'expression d'un mécontentement maussade et renfrogné, certains silences obstinés. C'est le "que se passe-t-il, qu'arrive-t-il ? - Rien, rien, rien".

4° - certaines provocations qui sont en fait attitudes ludiques à l'égard de "choses défendues" ou interdites sans qu'il y ait vraiment désir de les enfreindre.

5° - une obséquiosité qui ne serait pas dépourvue d'ironie ou de scepticisme.

6° - ce que Balvet appelle des "comportements à l'envers" au cours desquels le Malade fait systématiquement le contraire de ce qu'on lui demande sans y mettre aucune malveillance.

Cette attitude d'opposition du Malade passif à l'influence d'autrui que celle-ci soit sollicitante ou seulement muette, n'est pas sans évoquer une sorte d'insurrection individuelle, quelquefois intempestive mais le plus souvent exprimée sous forme de conduites déguisées, "codées", à l'égard de ce qui est vécu comme contrainte.

Ainsi donc la Passivité, avec sa double polarité "dépendance-agressivité" constitue un mode relationnel particulier du comportement du malade à l'égard

- de sa maladie
- des chimiothérapies
- de la structure actuelle de l'institution psychiatrique.

A PROPOS D'UNE LETTRE

Nous nous permettons de publier dans son intégrité une lettre intitulée "lettre à mon Psychiatre" qui nous fut adressée à propos d'une discussion critique sur le concept de Passivité, lettre qui nous semble introduire la signification de ce concept et toute la réflexion qu'il implique.

Soir 22 Heures.

LETTRE A MON PSYCHIATRE

Lundi 9.10.1972.

Il y a quelque chose de calme et de rassurant dans les premières heures d'obscurité, mais à mesure que la nuit avance et que tous les bruits de la terre se taisent, l'ombre et le silence prennent vite un caractère différent. Une espèce d'immobilité surnaturelle pèse sur tout et il n'est pas de mot plus éloquent que celui d'horreur pour décrire les moments qui précèdent la venue de l'aube.

Je sais que cette nuit encore, je ne dormirai pas, malgré la masse de psychotropes distribués il y a une heure par l'infirmière de nuit.

Je ne suis plus en service fermé, comme la semaine dernière mais je sais que toutes les portes sont des portes de prison.

Je ne veux pas être gênée, je ne veux pas participer à ces soins que l'on veut me donner, je ne me révolterai pas contre ce traitement un peu arbitraire qu'on essaie de me faire suivre : je serai silence et cuirasse, nul n'aura de prise sur moi.

Reviendras-tu demain, avec ton élégance tapageuse et la quasi certitude qu'un transfert s'est opéré sur toi de ma part ?

Tu te prends pour un "mage", tu crois que ta visite peut changer quelque chose à ma destinée, mais tu n'es qu'un pauvre psychiatre parmi tant d'autres.

Mon univers n'est plus qu'un monde clos, une chambre peuplée de livres dans laquelle je reste le plus souvent. Mais ma passivité est ma meilleure armure, nul ne me fera sortir de moi-même.

Je caresse un livre de Montherlant, ce solitaire qui cultiva à l'extrême la passion de l'indifférence. Peut-être en est-il mort.

Moi, je veux vivre, même dans la folie. Nous sommes deux sortes de malades ici, je veux parler des silencieux, pas des autres, de ceux qui ont créé entre le monde extérieur et eux-même, ce mur d'indifférence.

Nous sommes pitoyables mais nul ne le sait, surtout pas toi.

Il y a une étrange satisfaction à toucher le fond du désespoir ; l'excés de malheur procure une espèce de sécurité. Mais que sais-tu de nos visages de marbre ?

Ce matin, je me suis réveillée très tard et je somnolais encore lorsque l'infirmière est venue me faire ma piqûre. Encore un tranquillisant pour m'anéantir. Je me suis habillée rapidement pour me promener dans le parc.

L'esprit a fait du monde ce désert nu.

Je me heurte aux autres malades qui n'ont pas plus que moi l'air de penser ou de vivre.

L'ordre social le plus parfait peut être un monde d'âmes mortes. Il a même quelques chances de plus que tout autre d'être ce monde.

Je rencontre de belles jeunes filles aux longs cheveux, aux yeux de droguées (mais c'est toi qui les drogues).

Elles ressemblent beaucoup à celles que je voyais dans certaines boites de nuit qui étaient silencieuses, douces, livrées, un verre à la main, encore un autre, attendant que la nuit se passe. Ici elles

font le tour du bois, malgré la fraîcheur du temps, pour échapper aux autres ou à ceux comme toi qui les détruisent afin de les reconstruire en trois mots.

Il y a aussi les vieillards un peu gâteux. Moi je suis entre les deux et je me demande parfois dans quelle catégorie tu me situes.

Parmi tous ceux-là, certains se laisseront mourir, certains sont mûrs pour le suicide, d'autres, comme moi, s'accrocheront tant bien que mal à cet univers désolé où l'humanité fait semblant de croire au bonheur.

Ces arbres sont d'une étrange beauté et j'en rêve le soir lorsque ma chambre est fermée à clé et que je relis certains poèmes.

J'aime les beaux poèmes, les vues bouleversantes et tout au-delà de ces vers.

Je suis comme pas une sensible à ces pauvres mots merveilleux, laissés dans notre nuit par quelques hommes que je n'ai pas connus.

Un groupe m'invite à jouer à la pétanque. J'ai très bien appris, autrefois, en Provence. Eux font cela comme n'importe quoi, le regard tourné vers un univers insoupçonnable.

J'ai envie de "tirer" de tout mettre en l'air, de voir les boules, grâce à la mienne, projetées dans toutes les directions. Mais non, je pointe avec sagesse et douceur, ma boule va rejoindre les autres avec mollesse.

Je marche encore un peu vers les arbres, de mon pas hésitant de funambule. Est-ce l'effet de la chimiothérapie qui, je le sais, transforme la cellule humaine ?

La nature est une chose effrayante et même, quand elle est fermement domestiquée, elle donne une sorte d'angoisse aux véritables citadins... Rien ne vaut le bois, tout humide, grillagé, graisseux et pelé qu'il est pour faire affluer les souvenirs incoercibles chez les gens des villes en promenade entre les arbres. Si je rentrais et je vais le faire, je trouverais un partenaire pour jouer aux échecs avec moi.

C'est un jeu très lent, très silencieux, qui permet la réflexion ; le souvenir aussi, mais dirigé. Car tu n'es pas encore parvenu à tuer ma mémoire, malgré le service fermé de la semaine dernière, les narcoses privées de rêves ou de cauchemars.

Une lettre m'attend, comme chaque jour, celle de mon mari. Toi, mon mari, cet inconnu.

Tu n'avais même pas changé de nom, changé d'écriture et ta lettre était là comme un meuble, comme un arbre, comme une pierre qui vous dit "je suis ce que je suis et je ne peux pas être autre chose".

Toi mon jeune psychiatre, tu as au moins tué l'amour.

Ce que nous prenons pour des passions, ce sont peut-être les résidus de nos échecs spirituels.

Peu importe d'ailleurs, nous luttons aussi contre les passions ; par défaut, par ou avec notre passivité.

11 heures, l'heure du repas dans la salle commune. Nous sommes quatre à chaque table qui ne parlons pas. Le seul bruit est celui des fourchettes contre les assiettes en matière plastique. La nourriture est délicieuse, mais un plat autour duquel je vois trop de monde ne me tente pas.

Après le repas, nous attendons la visite des médecins. Tu vas venir avec ton casque d'or, des préoccupations qui ne sont pas les miennes, sans blouse blanche car cela aussi fait partie du traitement.

Notre langage sera un langage de sourds, non pas que mes idées soient incohérentes mais je ne veux pas tu comprends, je ne veux pas me livrer à qui que ce soit, surtout pas à toi : tu pourrais me détruire.

Avant la sieste, je vais voir la jeune suicidée de la chambre 34. Elle n'est pas morte : c'est pire encore. Elle est "absente" à la vie, si loin de tout.

L'homme est libre mais il est fait de telle sorte qu'il se croit prisonnier dans une géôle étroite - comme il l'aime sa géôle !

Il l'appelle Fatalité, Religion, Destin... Et comme il la déteste aussi : il pense : "je suis un prisonnier qui rêve d'évasion". La prison de Dany, c'est la vie, tout simplement.
Moi je joue le jeu, je fais illusion : une imposture en somme.

Elle ne joue pas, elle refuse systématiquement tout ce que tu lui proposes.

Elle a raté sa mort et il n'y a pas pire échec dans le cheminement d'un être humain.

Dans ma chambre, pour la sieste, je retrouve le petit lit étroit et ce serait horible sans mes livres.

Il y a six grandes glaces dans ma chambre à coucher.... là-bas ! Quand je parlais

je m'arrangeais pour qu'il y en ait une où je puisse me regarder. Je parlais et me voyais parler. Je me voyais comme les gens me voient. Ça me tenait éveillée.

Lorsque je me croyais libre, je ne sentais ni le froid de l'hiver, ni le chaud de l'été. J'avais mes saisons à moi, mon noir soleil, mes fruits empoisonnés mûrissant à des treilles secrètes.

J'ai entrevu mon visage dans le miroir brouillé de la salle de bains. Je ne peux pas dormir dans la journée mais je m'allonge sur ce lit étroit car mon corps est plein de lassitude.

C'est l'âge qui vient peut-être aussi le traître et nous menace du pire. On n'a plus beaucoup de musique en soi pour faire danser la vie, voilà. Toute la jeunesse est allée mourir déjà au bout du monde dans le silence de vérité.

Et où aller dehors, je vous le demande, dès qu'on n'a plus en soi la force suffisante de délire ?

La vérité, c'est une agonie qui n'en finit pas. La vérité de ce monde c'est la mort. Il faut choisir, mourir ou mentir. Je n'ai jamais pu me tuer moi.

Mais aussi je n'ai pas su vivre et je subsiste entre deux eaux.

Et n'essaie pas de comprendre, tu ne pourras jamais.

Ne crois pas que les idées médicales stupides soient une exclusivité campagnarde. Le jour où vous voudrez faire dire des monuments d'âneries à l'homme le plus cultivé, la recette est facile : Faites parler des médecins.

Et puis, je n'ai pas confiance en toi.

Je ne suis pas résignée, il est peu de vertus plus tristes que la résignation, elle transforme en phantasmes, en rêveries contingentes, des projets qui s'étaient, d'abord constitués comme volonté et comme liberté.

Je ne suis pas davantage amoureuse :... l'amour est paresse bienfaisante comme la molle pluie qui féconde.

Je suis simplement hostile. Nul ne peut avoir la moindre prise sur moi. Toi en particulier. Cela s'exprime par ma passivité.

Après le repas du soir, nous réunirons tous nos solitudes parallèles devant le film de la télévision.

Ce n'est pas tout à fait vivant ce qui se passe sur les écrans. Il reste dedans une grande place trouble pour les rêves et pour les morts. Il faut se dépêcher pour s'en gaver de rêves pour traverser la vie qui vous attend... durer quelques jours de plus à travers cette atrocité des choses et des hommes. On choisit parmi les rêves ceux qui vous réchauffent le mieux l'âme.

Ensuite il faudra s'anéantir dans une nouvelle nuit d'insomnie.

Tout est gratuit, ce jardin, cette ville, moi-même. Quand il arrive qu'on s'en rende compte ça vous tourne le coeur et tout se met à flotter comme d'autres soirs.

Si la vie ne pouvait être que du sommeil désapointé !

Je ne fais effort ni pour qu'on m'aime, ni pour qu'on me suive. J'écris pour que chacun fasse son compte.

Je n'ai pas besoin de faire des phrases. J'écris pour tirer au clair certaines cir-

constances.

Mais je ne peux expliquer à personne ce que je vois. A personne. Voilà, je glisse tout doucement au fond de l'eau, vers la peur.

Tu ne liras peut-être pas tout cela.

Dans cet univers où la profondeur se masque et où on achète la perfection par des monceaux de déchet, je crois qu'il faut savoir perdre beaucoup de temps pour compatir.

C'est déjà beaucoup que l'évènement ait fait table rase des motivations traditionnelles, des prétextes héroïques et utilitaires sur lesquels ils s'appuyaient pour agir ou juger et que les visages aient dévoré les masques.

AINSI CHACUN PEUT BROUILLER LES PISTES.

LES FORMES ETIOLOGIQUES DE LA PASSIVITE - SIGNIFICATION -

Nous avons tenté de donner une définition de la Passivité en en soulignant toutefois la difficulté rencontrée dès lors que ce mode particulier de comportement semble impliquer tout un réseau d'interéactions souvent contre transférentiel mettant non seulement en cause l'Institution Psychiatrique mais aussi la Maladie Mentale et le Malade lui-même.

Nous avons également tenté de cerner l'attitude de Passivité dans son expression clinique, cela dans une perspective peut-être essentiellement phénoménologique non comme un fait avant tout psychiatrique mais comme un processus existentiel qui, pour être ambigu dans ses relations avec la dépendance et l'agressivité n'en garde pas moins toute son identité et toute sa vérité.

Il faut à présent aborder le problème de la Passivité dans sa signification en en recherchant sinon les causes du moins les motivations qui font qu'il y a bien là un problème et peut-être un handicap pour le malade "pris en charge".

Nous nous proposons dans ce chapitre de considérer les rapports qu'entretien ou que subit le Malade passif dans sa relation :

- d'une part avec la Maladie Mentale,
- d'autre part avec l'Institution Psychiatrique élargie par ailleurs à l'Institution sociale dans l'ensemble même de ses impératifs.
- enfin avec les chimiothérapies utilisées et essentiellement les neuroleptiques.

En ce qui concerne ce dernier propos, il est par ailleurs certain que les médicaments ont non seulement bouleversé profondément la structure de l'hôpital psychiatrique mais encore les frontières nosographiques classiques et qu'à eux seuls en donnant de la Maladie Mentale une image différente et nouvelle ils posent la plus grande partie du problème qui nous concerne.

Balvet, dès 1959 et peut être avant s'en était alarmé en appelant toute l'attention sur l'incidence des chimiothérapies dans leur relation avec les psychoses et les comportements de Passivité qu'elles paraissaient susciter.

C'est ainsi que la Passivité était interprétée à priori comme un effet secondaire entrant dans le cadre du syndrôme d'imprégnation par les neuroleptiques, ceux-ci, pour la plupart essentiellement sédatifs ayant ou bien dépassé leur but dans leurs effets ou bien déclenché une incidence psychique parallèlement aux autres troubles constatés comme les troubles moteurs par exemple.

En fait, cette explication s'est avérée bien vite insuffisante dans la mesure où, malgré l'arrêt des médicaments employés, malgré l'adjonction éventuelle de thérapeutiques compensatrices, malgré encore la guérison des symptômes premiers, la Passivité persistait. Une nouvelle explication était dès lors possible : La Passivité ne serait plus la conséquence directe du médicament mais appartiendrait au fond même de la Maladie, en l'occurence l'"athymhormie" révélée après "abrasion" des comportements cibles. Le traitement considéré n'aurait eu alors que le rôle de "révélateur".

Enfin, une troisième hypothèse, celle de l'exacerbation" de ce qui préexistait auparavant était envisagée par Balvet non point peut-être dans un prudent désir de conciliation des deux autres mais comme une synthèse originale dans son expression. Nous y reviendrons en temps beaucoup plus opportun.

Le Malade, Sa Maladie et la Passivité.

Si à plusieurs reprises nous avons considéré la Passivité comme un phénomène institutionnel et collectif, développé plus particulièrement à partir de l'utilisation et de l'action souvent spectaculaire des neuroleptiques, elle n'en est pas moins un phénomène individuel dans la relation qu'entretient avec sa Maladie le Malade Mental. Comment celui-ci subit-il sa Passivité, comment éventuellement l'utilise-t-il et comment la vit-il ?

La première question ainsi formulée pose le problème de la situation des comportements de Passivité dans le contexte pathologique donc de sa place au sein même de la nosographie psychiatrique traditionnelle. Et c'est sous cet angle que nous allons à présent l'aborder en tant que "psychosyndrôme" envisagé comme un des aspects évolutifs de la Maladie Mentale en général et des psychoses en particulier.

Considérer la Passivité comme un "fait psychiatrique" est d'autant plus difficile qu'il y a lieu de séparer les éléments de la "Maladie originelle" de ceux de la "Maladie médicamenteuse" à proprement parler.

Pour Delay et Deniker, il convient de distinguer la part qui revient à l'action neurologique (akinétique ou hypertonique) du médicament et celle qui doit être considérée comme la manifestation de symptômes déficitaires imputables à la Maladie elle-même, préexistant à l'action thérapeutique et démasquée à partir de celle-ci par la disparition des "efflorescences psychotiques". Ces auteurs considèrent en quelque sorte le syndrôme de Passivité comme "un résidu morbide déficitaire", comme la "généralisation des tableaux résiduels auxquels il importe de prêter la plus grande attention puisque c'est là qu'en définitive se réfugie le reliquat irréductible de la Maladie".

Ainsi donc la Passivité ne serait qu'un effet secondaire mais indirect du traitement des psychoses par les médicaments, indirect en ce sens qu'il n'aurait pas été induit au même titre que les autres (neurologiques, sanguins, cutanés... etc...) mais révélés à la faveur de l'intervention thérapeutique considérée et comme faisant partie intégrante de la Maladie Mentale initiale.

D'ailleurs ces auteurs insistent bien sur ce fait en opposant la Passivité comme effet secondaire indirect, aux symptômes dépressifs comme effets secondaires directs. "Dans la Passivité schizophrénique, un examen minutieux permet de mettre en évidence les troubles mêmes de la psychose ; c'est l'indifférence et non la morosité, l'absence de contacts spontanés et non la recherche de l'isolement, les barrages et non l'inhibition et plus chez les sequellaires que chez les déprimés, subsistent de discrets symptômes schizophréniques, le comportement improductif ne semblant aucunement être sanctionné par les reproches ou la tristesse qu'exprime le déprimé". C'est bien là une manière bien in-

directe de traiter de la Passivité.

Quoiqu'il en soit, considérer la Passivité comme appartenant au "fond" même de la psychose et la ramener en quelque sorte à "l'athymhormie" strico sensu ne résout pas pour autant le problème qu'elle pose quant à sa signification essentielle. En quoi et comment fait-elle partie de la personnalité du psychotique, fut-elle disloquée, voilà la vraie question et Porot lui-même, dans sa définition, ne parle-t-il pas de "disposition mentale" laissant ainsi la porte ouverte à bien des hypothèses ou à la rigueur à certaines polémiques.

Dans une même perspective, Follin, dans le cadre des psychoses d'évolution chronique et des schizophrènes en particulier considère le Syndrome de Passivité, après la disparition des manifestations les plus spectaculaires, dissociatives et discordantes, comme un mode de comportement désigné par "syndrome schizophrénique résiduel à minima" évoquant ces "sujets incertains, flous, difficilement orientés dans leurs relations affectives et leurs projets existentiels et dont les motivations sont souvent à la limite de la discordance".

Il semblerait donc bien qu'il ne resterait plus au malade passif qu'à donner à voir le revers d'une médaille dont l'endroit aurait été neutralisé en parlant éventuellement de "guérison" sociale ou institutionnelle (ce qui n'est pas sensiblement différent) d'une structure psychotique "voyante" et partant même gênante. Néanmoins, il ne semble pas qu'il y ait véritablement de critères précis de guérison, ceux-ci demeurant influencés non seulement par les exigences de chacun mais encore par

la sensibilité aux expressions symptomatiques considérées comme la disparition des symptômes les plus manifestes et critères de réintégration sociale, mais là n'est pas tout à fait notre propos.

Sans être aussi affirmatif que les précédents auteurs, Balvet dans son hypothèse d"abrasion des symptômes" considère certains aspects des comportements de Passivité comme une résurgence, une "reviviscence" de l'autisme et de la "pensée déréelle" de Bleuler, une manifestations de la "perte du contact vital avec la réalité" de Minkowski, ce qui situerait bien la Passivité dans un contexte plus large, celui d'un malaise existentiel, d'une difficulté à être au monde qui ne serait pas aussi radicalement différente de celle des êtres appelés communément 'normaux'.

Ainsi donc, la Passivité dans l'Institution Psychiatrique, et il semble que ce soit bien là un des aspects les plus péjoratifs, serait la "chronicisation" de la Malacie Mentale du début et appartiendrait en propre au "génie évolutif" de la Maladie schizophrénique, en caractérisant l'état de ces malades qui n'évoluent pas ou évoluent peu, vivant longtemps ou même définitivement dans le même cycle de comportement restreint. Elle pourrait donc être ramenée à un mode de neutralisation si ce n'est de répression d'une structure psychotique exprimée au départ dans une construction verbalisée, fut-elle délirante et "coupée" du réel, par la suite dégradée, élaguée et réduite à son expression sinon la plus pauvre du moins la plus négative dans le sens d'un déficit.

Il nous parait évident en même temps qu'attristant, si toutefois il fallait s'en tenir à de tels cri-

tères sémiologiques du devenir de la Maladie Mentale, que la Passivité représenterait de la sorte un constat d'échec du traitement des psychoses. En effet, elle ne serait alors qu'une impasse où la Maladie Mentale se retrouverait figée à un quelconque de ses niveaux évolutifs, pour ainsi dire piégée institutionnellement si elle ne pouvait en même temps être le relai des psychothérapies comme nous le verrons ultérieurement.

Dans une même perspective évolutive et faisant peut-être le lien avec la seconde question posée précedemment, à savoir comment le Malade Mental utilise-t-il sa Passivité, celle-ci pourrait dans certains cas constituer un mode de "cicatrisation névrotique" d'une structure psychotique préexistante au terme ou à un moment donné de son évolution. La Passivité, comme mode de rémission de la Maladie Mentale du début représenterait ainsi un "aménagement névrotique" de la relation à autrui avec mobilisation des défenses de la personnalité exprimée selon un mode plus communicable et avec fixation phobique de l'angoisse. Elle serait de nature conséquentielle, situationnelle, comme le choix d'une adaptation à une situation devenue intolérable car bouleversée par la remise en question des constructions psychotiques délirantes, laissant en quelque sorte le Malade passif libre pour une nouvelle construction de la relation à autrui.

La Passivité devient donc ici un phénomène actif, adapté, un mode d'expectative permettant au malade de "jauger" la distance à apporter dans sa relation avec les autres comme bénéfice secondaire. Elle est une "imposture névrotique" au sens sartrien du terme, une volonté de l'agir et non une résignation désespérée. Nous appellerons à priori une telle attitude Passivité interne active constructive ce qui nous amène avec Bailly Salin

à considérer la Passivité sous l'angle de l'évolution de la relation objectale dans le dynamisme évolutif de la Maladie Mentale.

D'une manière ontogénique, il existe au départ, dans la personnalité pré-psychotique un défaut d'intégration en même temps qu'une pauvreté des fonctions syncrétique du "moi" induisant une mauvaise relation objectale avec la difficulté initiale de la distinction "moi-monde extérieur". La psychose se révèle être alors la "faillite de cette unité du moi" et en représente une "guérison pathologique, l'ultime solution de rattrapage, l'établissement plus ou moins sécurisé d'un nouveau rapport objectal". De la sorte, le symptôme se présente comme une manifestation économique de l'individu, une défense et un compromis auxquels vont s'attaquer les neuroleptiques laissant le moi devant la perspective d'une nouvelle relation objectale privée de sa défense.

Bailly Salin émet alors deux hypothèses :

- ou bien le malade s'accroche à son symptôme initial, c'est-à-dire au délire et il n'est pas en quelque sorte passif,

- ou bien il va moins y tenir et, à la limite y renoncer, laissant apparaître les symptômes de la Passivité comme une défense aménagée dans son investissement vers l'extérieur.

La Passivité est dès lors définie "comme une manifestation économique témoignant de l'incapacité d'assumer une relation objectale valable qui ne soit pas angoissante "et pla-

cée dans le contexte d'une position pré-objectale de type particulier.

S'il est indéniable qu'il puisse exister une relation entre le patient et sa maladie, il n'en est pas moins vrai que sa relation avec la Passivité envisagée comme substitut de la psychose existe et permette au malade d'occulter une nouvelle relation avec le monde fut-ce en donnant à priori l'impression d'un être retranché.

C'est ainsi que la coercition des neuroleptiques et de l'institution va priver le patient de son délire au mieux, va l'amener progressivement à s'en priver uniquement dans ses efflorescences psychotiques. Quant "au fond", sans être exprimé comme attitude communicante et éventuellement revendicatrice, il va continuer à exister mais réprimé de par le Malade lui-même sous peine une fois de plus de le voir "confisqué" et d'en être de la sorte frustré.

La Passivité devient donc ici la fuite politique de la Maladie, comme un dernier refuge contre cette impossibilité plus ou moins inconsciente d'agir en concordance ou en conformité avec ce que les "Autres" exigent et sans être menacé de leur intervention, celle-là même qui au départ avait motivé l'hospitalisation et déclaré la "folie".

La Passivité que dans de telles circonstances nous appellerons Passivité active interne non constructive, serait donc pour le Malade une façon de se soustraire à tous les types de relations humaines insatisfaisantes ou frustrantes le mettant en face de revendications ou d'exigences excessives, une tentative d'auto guérison replacée dans un contexte normatif et un moyen de "repartir dans une nouvelle direction en évitant celle que sa

Maladie lui interdit" à la faveur de l'Institution.

Et l'on retrouve dans ce précédent comportement l'un des trois "niveaux" de l'abandon de l'action cité par Bettelheim, celui du sujet qui n'ose pas agir selon ses tendances et ses intérêts "naturels" ou les réalités de son environnement qui n'est motivé que par son angoisse après avoir retiré son investissement de l'environnement sans pour autant l'avoir retiré de ses processus psychiques internes qui sont sous-investis.

Nous percevons dès lors toute l'ambiguité que recouvrent les comportements de Passivité sous leur deux aspects extérieur et intérieur, en étroite corrélation chez l'individu "normal" plus dissociés ou mieux plus "décalés" chez le Malade passif.

Généralement, n'est repéré en même temps que considéré que le "masque", celui de la Passivité extérieure, celle-là même qui demeure seule perceptible à travers les comportements, les conduites, les idéologies de l'individu. Une telle attitude de Passivité semble bien évoquer le "paraître" et semble être l'expression des influences diverses exercées par la société quelle qu'elle soit, sur le sujet, en même temps que des modifications volontaires imposées par celui-ci à ses conduites dans le but de donner aux autres une certaine image de lui-même. Et c'est bien au niveau du "paraître" que les messages véhiculés par certaines attitudes de Passivité sont les plus divers, les plus ambigus et souvent les plus contradictoires, respectant par là même la personnalité du sujet dans son identité.

Le Malade passif ne peut être décrit uniquement comme quelqu'un qui n'agit pas dans la mesure où le but originel d'exprimer son identité n'est pas entièrement abandonné (bien qu'il puisse avoir été réprimé), dans la mesure également où les différentes zones de la personnalité continuent à fonctionner d'une façon autonome à la poursuite de buts secondaires.

Le Malade passif agit d'une certaine manière, comme quelqu'un qui, par certaines mesures de soumission à l'autorité, peut faire appel à la "pitié" et au sens de culpabilité de l'autre, rongeant en quelque sorte son pouvoir en en faisant sa proie d'une façon parasite, gagnant des bénéfices et des gratifications sans effort direct de sa part et aux dépens de son autonomie. Il semblerait donc bien que l'un des caractères essentiels de la Passivité soit le parasitisme différenciant sensiblement la Passivité de la réceptivité avec laquelle on a trop souvent voulu la confondre, celle-ci pouvant être considérée comme un type de dépendance, une attitude d'expectative ou "l'accueil" comporterait un consentement, un abandon, une collaboration qui sont les actes suprêmes de l'esprit avec la recherche d'une compréhension intuitive et d'une communication non verbalisée qui n'est pas sans rappeler la passivité des mystiques.

C'est dans une optique différente et à un niveau plus descriptif que ERWING GOFFMAN évoque ces attitudes passives délibérement adoptées par certains malades et dispensatrices de bénéfices secondaires de situation non négligeables. De telles attitudes permettraient ainsi au Malade d'éviter toute mesure répressive de la part des soignants et même, dans certains

cas, d'être gratifié dans leur comportement de "bon malade". Il y a dans ce choix une activité certaine appelée adaptation secondaire dont la mission essentielle est de dresser une barrière entre le Malade Passif et l'Institution en préservant une partie du soi par la "distanciation", celle-ci pouvant être considérée comme une forme d'absentéisme consistant "à prendre des distances" non pas par rapport à une activité quelconque mais par rapport au "personnage" du malade tel que le conçoit l'Institution. De ce fait, le sujet "régule" lui-même sa relation d'objet (et au milieu institutionnel il s'agit essentiellement de relation médecin-malade) comme il le souhaite. Il est donc permis de penser, dans une telle perspective, que c'est le Malade passif qui est actif et non le médecin qui a seulement l'impression d'agir mais qui en fait subit les modalités d'une relation "instituée" par le Malade. Ce rapport activité-passivité, comme domination-soumission, est fréquemment l'objet de quiproquo et de distorsion dans la communication. Une question peut être dès lors posée. La différence de "système de valeur" entre Médecin et Malade suffit-elle, à elle seule, à expliquer ce "hiatus" dans la communication. Mais ceci dépasse le cadre de notre étude sans toutefois ne pas reconnaître que le Médecin Psychiatre, pour des raisons qu'il conviendrait d'analyser et qui sont en partie résistances personnelles, ne procède pas toujours à ce genre d'analyse.

Si la Passivité, par certains de ses aspects, nous est apparue comme une adaptation à la Maladie Mentale et souvent à l'Institution elle-même, il n'en reste pas moins qu'elle puisse dans certains cas être interprêtée comme une attitude de revendication. Il n'est pas rare en effet que le Malade Passif, malgré sa relative inactivité, malgré son état de dépendance, soit un malade qui fasse grêve en s'insurgeant contre un ordre dont il est en quelque sorte prisonnier, en s'opposant effectivement à quelque chose ou à quelqu'un (notamment aux soignants") sans qu'une pareille attitude puisse être vécue comme du

mutisme, du négativisme ou du retrait. La passivité devient en quelque sorte un mode agressif de refus institutionnellement toléré ou admis. Certes, comme nous l'avons déjà fait remarquer, il y a dans la Passivité un refus des responsabilités. Néanmoins il ne faudrait pas perdre de vue, qu'au départ ou par la suite, et pour quelque raison que ce soit, il y a aliénation (mentale ou institutionnelle) et par conséquent perte de la liberté. Or, il nous semble évident, encore que ce soit d'une façon bien schématique, que l'on puisse être responsable que dans la mesure où l'on est libre et que par voie de conséquence on ne puisse être libre que dans la mesure où l'on peut choisir ses responsabilités, ce qui n'est pas le cas pour le Malade Mental. En fait ce qui lui manque c'est la conviction que par ses propres actions il peut changer le cours des événements de son 'histoire' une fois qu'il est déclenché. Le Malade passif est donc amené à abandonner l'action extérieure pour se réfugier dans son silence qui n'en est pas moins réprobation et opposition à l'égard d'un état de fait dont il se sent prisonnier et contre lequel il semble, dans son paraître, désarmé.

Mais, confronté à la Maladie Mentale ou à l'Institution, la Passivité peut être aussi démission. Ainsi donc, face à l'obstacle explicite ou vécu comme tel, le Malade passif, anticipant sur les difficultés éventuelles, refuse l'effort et l'action parce qu'il s'attend justement à ce qu'il y ait obstacle. Il est donc amené en quelque sorte à tourner en dérision son action, ce qui n'est pas loin d'évoquer la prise de conscience d'une situation désespérée. Car c'est bien lorsque nous sentons que les choses les plus importantes qui adviennent échap- à notre influence ou semblent obéir aux ordres de quelque pouvoir inexorable que nous renonçons par voie de conséquence à agir sur elles et à les modifier.

La Passivité peut également dans certains cas être interprêtée comme une attitude de défense choisie et voulue. Et ce que vit le malade derrière cette défense est loin le plus souvent d'être un état d'indifférence ou de ralentissement idéique, ce que Duc appelle "l'activité psychique paradoxale" à partir de la constatation de réponses adaptées mais rarement exprimées. En fait, derrière son armure de passivité, le malade, quand on l'en sollicite, peut retrouver une forme de contact.

"Ma Passivité est ma meilleure armure, nul ne me fera sortir de moi-même". "Je ne veux pas être gênée, je ne veux pas participer à ces soins que l'on veut me donner, je ne me révolterai pas contre ce traitement arbitraire qu'on essaie de me faire subir. Je serai silence et cuirasse, nul n'aura de prise sur moi".

Il n'est pas rare qu'à l'attitude de démission, le Malade passif substitue une attitude attentiste dans laquelle la Passivité est exprimée comme un doute ou une forme d'expectative. Car dans le champ clos de l'Institution Psychiatrique, confronté à des situations extrêmes et avec des sujets bien vivants, il n'est pas rare que le Malade passif éprouve la sensation du doute. "Pourquoi suis-je ici ? Pourquoi faire ? Pourquoi faire quelque chose comme on me le demande ? Pourquoi ne rien faire ? Qu'est-ce que la vie et la mort, la santé et la folie ? "Et c'est bien dans cette situation-là que la Passivité peut, à la limite, être interprêtée comme une conduite suicidaire dans le conflit que le Malade ne peut plus subir et assumer, en confrontant ce que l'Institution lui impose et ce qu'il est au fond. Le "Moi" s'annihile alors pour ne plus souffrir. La Pas-

sivité devient une sorte de suicide transitoire, une conduite, un mode de pensée et de sentir qui vise à vivre dans une certaine situation, le sujet estimant qu'il n'y a pas d'autre solution que cette attitude d'être en conformité avec ce milieu tel qu'il le conçoit et tel qu'il estime que ce milieu le conçoit pour lui et se définit par rapport à lui.

Il nous faut à présent aborder le second aspect de la Passivité que nous désignerons par le terme de Passivité interne, aspect qui pour nous serait l'expression de l'ETRE en rendant compte d'une structure de personnalité particulière, non plus explicite mais seulement décelable au niveau de techniques projectives comme le test de Rorschach, le TAT... etc... et révélées par l'approche analytique. Cette passivité serait peu modifiable par les structures institutionnelles et les chimiothérapies et serait par ailleurs la conséquence d'une évolution ontogénique particulière. Il existe en effet chez certains individus qui ne sont pas forcément et essentiellement des Malades Mentaux, une structure caractérielle passive que Janet appelle psychasthénie ; par ailleurs certaines classifications typologiques ou caractérologiques décrivent des personnalités coartées (Rorschah), asthéniques, abouliques, apragmatiques, avolitionnelles sans toutefois en rechercher une étiologie qui soit satisfaisante. Et c'est à ce niveau peut-être qu'il faut prendre conscience de la difficulté de toute recherche explicative alors que les descriptions d'une telle structure caractérielle sont multiples. C'est à partir de la psychanalyse que l'on peut alors donner peut-être un schéma explicatif.

La Passivité serait ainsi l'expression d'un passage défectueux du stade anobjectal au stade objectal, d'une

difficulté dans la distinction SOI - NON SOI, d'une relation à l'objet insuffisante, fixée à un stade prégénital perturbant l'autonomie et la maturité du MOI. L'image de SOI (Lacan) étant donc peu structurée, le risque de fusion MOI-monde d'une part et MOI-çà d'autre part reste constant. Le MOI étant par ailleurs incapable d'assurer un état psychique homéostatique, le sujet passif subira tour à tour les pressions du çà et celle du monde extérieur. La Passivité interne est donc en quelque sorte un état de soumission par insuffisance du développement de MOI et de son autonomie, ceci dans une perspective psychogénétique freudienne.

Il nous faut donc considérer une Passivité interne active et une Passivité interne Passive.

En ce qui concerne la première, elle nous parait active dans la mesure où elle implique un investissement énergétique, fut-il peu perceptible par autrui. Cet investissement se ferait selon deux modes :

-:- Un mode extraverti au niveau d'une relation objectale aménagée que le malade est susceptible d'induire et éventuellement de guider. C'est peut-être dans cette perspective que BOUVET voit dans la Passivité et la Dépendance qu'elle comporte l'établissement d'une relation d'objet à distance, un aménagement de celle-ci selon un mode plus sécurisant permettant au MOI d'instaurer une certaine distance à l'égard d'une angoisse qui est à tout moment susceptible de l'envahir.

La Passivité est donc un nouveau mode de relation allant dans le sens de la névrotisation de la psychose.

Elle serait un mode de comportement appris et représenterait une forme de compromis, la découverte d'un mode de relation permettant l'investissement de l'extérieur et de sa réalité.

Nous avons déjà appelé un tel type de Passivité, Passivité interne active constructive.

-:- Un mode introversif au niveau non plus d'une structure d'affrontement de la réalité selon un mode aménagé mais d'un repli idéique, thématique dans le Délire, évoqué précédemment par la dénomination Passivité interne active non constructive.

Dans ce cas le comportement du Malade passif témoigne d'un déclin du SOI, de l'action et de l'intérêt pour le monde extérieur sans que pour autant il y ait un désinvestissement objectal total. La relation objectale se déroule d'une façon répétitive en empêchant ou en parant à toute incitation à l'action en provenance du monde extérieur. Tout ce qui pourrait inciter le SOI à l'action doit être évité à tout prix. La Passivité en demeurant soumission reste une défense et le déclin du SOI témoigne ici d'un refus de l'investissement du monde extérieur par celui intérieur.

La Passivité interne passive, qui à la limite pourrait être assimilée à l'autisme correspondrait au sujet "qui a cessé d'agir de lui-même et qui ne réagit pas à son environnement, qui a retiré tout investissement de tous les aspects de la réalité intérieure et extérieure". 'Dans un tel mode de passivité, le monde extérieur qui incite à l'action et le monde intérieur qui pourrait réagir sont niés en même temps et témoignent d'une détérioration du SOI in toto.

Ainsi donc, la prise en considération de cette passivité interne nous a amené parallèlement et conséquemment à évoquer une activité interne qui d'une manière bien hypothétique, il est vrai, serait la résultante,

-: d'une part de conflits intersystémiques : MOI-çà, MOI - sur MOI, SUR-MOI-çà.

-: d'autre part de conflits intra systémiques : SUR MOI - idéal du MOI, SUR MOI - MOI idéal, MOI idéal - idéal du MOI.

Nous voyons donc que le concept de Passivité devient beaucoup plus complexe que nous l'avions au départ pressenti dans la mesure où il demeure l'expression de deux réalités l'ETRE et le PARAITRE, ce qui nous amène à penser, dans l'optique de notre étude, que l'état d'équilibre psychique d'un individu va résulter de l'harmonie entre les structures caractérielles propres et l'aspect extérieur manifesté par les conduites ou autre comportement.

La Passivité nous apparait comme une difficulté de l'aptitude à agir au sein de la relation à autrui, difficulté incluse dans le contexte d'une perturbation de la relation objectale, comme une tentative de refus de l'objet inscrite dans le désir d'une défense à l'égard de l'Institution, le Malade passif restant confronté avec ses pulsions et déchiré dans son ambiguité d'un désir de dépendance (désespéré ou choisi) et d'une révolte contre un état de soumission à l'égard de la Maladie Mentale et de l'Institution.

Le Malade, la Passivité et l'Institution.

"En égard à l'Obéissance et au commandement, la conduite de domination et la conduite de soumission sont deux figurations symétriques".

Envisager une expérience ou un comportement et à la limite une action, fut-elle incluse dans le contexte de Passivité, nous oblige à considérer explicitement ou implicitement tout un 'nexus' d'autres personnes imaginaires, phantasmatiques ou "réelles" qui fait que l'individu n'est plus une personne isolée dans le vide mais reste liée par ses rapports avec les autres, engagée dans une ambiance où circonstances intérieures et extérieures fusionnent dans une structure globale implicante quant aux interéactions qu'elle induit ou du moins devrait induire.

Chaque personne agit toujours sur les autres en même temps qu'elle subit les agissements de ces autres dans ce que R.D. Laing appelle "la situation de complémentarité", celle-ci désignant "cette fonction des relations personnelles par laquelle l'autre complète le soi ou répond à son attente". Cette complémentarité demeure plus ou moins conventionnelle ou du moins conditionnée par la société. Dans le cadre particulier des comportements de Passivité impliqués dans ou par l'Institution, nous nous en tiendrons à une acceptation finalement plus courante de la "relation complémentaire" celle-là même qui rend compte de ce que "une personne donne et l'autre reçoit plutôt qu'en une compétition des deux comme c'est le cas dans la relation symétrique". "Dans la relation complémentaire, le statut des deux personnes est inégal c'est-à-dire que l'une est dans une position de supériorité et l'autre dans une position secondaire. Position "de supériorité" signifie que cette personne prend l'initiative d'agir et que l'autre suit ; qu'elle formule des critiques et que l'autre les accepte ; qu'elle donne des conseils et que l'autre lui en reconnait le droit et ainsi de suite" (Haley). Ainsi donc, en

dehors de son aspect significatif individuel, la Passivité implique un caractère également collectif et global qui nous amène à l'envisager dans la "situation privilégiée" qu'elle occupe dans l'Institution Psychiatrique.

Rappelons que nous avons poursuivi dans notre étude une double démarche, d'une part l'étude de la "Passivité" en elle-même et d'autre part, ce qui va faire à présent notre propos, l'étude de son rapport à l'Institution. Dans ce dernier rapport se trouvent impliqués autant que le Malade, sa Maladie et sa Passivité, le médecin psychiatre et de ce fait en même temps que sa personnalité, la société qui lui "délègue cure et tutelle". "Le risque d'objectivation (c'est-à-dire le risque pour le patient d'être traité comme un objet) n'est pas lié à la condition "objective" de Malade ; l'objectivation peut être considérée comme un processus qui se développe à l'intérieur du rapport entre Malade et Psychothérapeute et de là à l'intérieur du rapport entre le "malade" (passif) et la société qui donne à l'Institution tout son pouvoir". Maud Mannoni.

Ceci nous amène à envisager la Passivité comme Maladie institutionnelle et l'Institution comme un refuge éventuel contre l'angoisse, celle-ci n'étant plus uniquement celle du malade mais également celle du médecin et à travers lui, celle de la société dont il est tutélaire.

L'INSTITUTION ASILAIRE COMME STRUCTURE ALIENANTE

Par Institution asilaire nous entendons "un organisme mis en place par les forces normativantes de la société contre le surgissement des rejetons forclos - au détriment desquels la normalité a pu être préservée". (Ginette Raimbault) - A partir de ces "forces normativantes" l'Hôpital Psychiatrique devient le champ clos ou "tout est conçu pour que la folie cesse de parler" (Maud Mannoni) comme un "système de défense dont la caractéristique est une tentative sadique d'appréhension des autres", un "ensemble qui surdétermine les événements qui s'y passent et fait pression sur eux". (J. Oury).

Il se développe dès lors une nouvelle Maladie spécifique à l'Institution elle-même, une 'Maladie Institutionnelle' qui se surajoute à la Maladie "initiale" que ce soit en la déformant ou en la fixant d'une façon anormale. La Passivité n'est plus dès lors une forme évolutive de la Maladie Mentale du début, elle en est seulement une conséquence déclenchée par la stratégie institutionnelle, comme un mode d'adaptation dont l'appellation diffère avec les divers auteurs qui ont appréhendé ce problème.

Il convient de remarquer par ailleurs que contrairement à ce que certains pourraient penser, il ne s'agit pas là d'une notion relativement récente, en l'occurence formulée et objectivée par ce que l'on est convenu d'appeler l'Anti-Psychiatrie puisque au XVIII° siècle déjà Dupont de Nemours s'en était alarmé et avait attiré l'attention sur ce point.

I - Structure Institutionnelle.

A.- L'institution comme structure totalitaire.

Par "institution totalitaire" E. Goffman entend "un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, vivent ensemble une vie recluse dont les modalités sont réglées minutieusement".

Parmi ces institutions totalitaires, l'Hôpital Psychiatrique figure en tant qu'établissement dont la fonction est de prendre en charge des personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire.

A l'époque de Pinel, l'Hôpital Psychiatrique était un "instrument de la société" face aux problèmes de tous les déviants et le bon fonctionnement de l'hôpital dépendait alors de la "soumission" des malades à l'Autorité avec un minimum de résistance. Différents moyens étaient utilisés pour parvenir à une telle fin comme les portes fermées à clef, la camisole de force.. les différents moyens curatifs dont dispose l'hôpital ont depuis évolué et ce, grâce à l'avènement des chimiothérapies. Parallèlement, l'évolution a déplacé la "vocation" de l'hôpital qui n'a plus uniquement une fonction de gardiennage en ayant acquis la possibilité de "soigner". En fait comme nous le faisions déjà remarquer lors de notre introduction, le système n'a pas été radicalement changé et présente une certaine ambiguité :

- ambiguïté entre lavocation sociale de l'Hôpital Psychiatrique et sa vocation d'aide aux Malades Mentaux.

- ambiguïté dans la relation soignant-soigné avec pour conséquence une communication 'déplacée' voire même faussée.

- ambiguïté enfin au niveau de l'interprétation des conduites des Malades.

Ainsi, au lieu d'être strictement thérapeutique l'hôpital psychiatrique créé une "Maladie de l'Institution" que Goffman appelle "l'aliénation asilaire" et Gentis "l'asilisation".

On serait donc tenté à priori de penser à la réductibilité de l'aliénation mentale et de l'aliénation sociale à un même fait, à savoir, la Maladie. En fait l'aliénation asilaire serait le produit de l'aliénation mentale du Malade et de son aliénation sociale. Il faut donc se garder de confondre pathologie individuelle et pathologie institutionnelle, "le fait d'être traité comme Malade Mental et le fait de présenter certains traits cliniquement qualifiés de psycho-pathologiques. Sans doute ceux qui entrent dans les Hôpitaux Psychiatriques diffèrent-ils les uns des autres par la nature et le degré d'intensité des maux qu'un psychiatre pourrait diagnostiquer. Mais une fois engagés dans le processus ils setrouvent affrontés à des conditions très identiques et réagissent dans une large mesure de façon semblable. Puisque ces similitudes ne proviennent pas de la Maladie Mentale, il faut conclure qu'elles se manifestent malgré elle. Constater que le statut

uniforme de Malade Mental peut assurer à un ensemble d'individus une destinée, voire un caractère communs ; constater en outre que ce remodelage social peut affecter les humains les plus irréductiblement hétéroclites qu'une société puisse présenter c'est mesurer la puissance des forces sociales". E. Goffman.

Les forces sociales sont d'ailleurs celles-là même dont chaque individu soit disant sain est en quelque sorte la victime. La société quelle qu'elle soit exige que l'ordre ne soit pas troublé et dispose depuis longtemps des moyens les plus efficaces si ce n'est souvent les plus insidieux pour faire respecter cet ordre. En fait la Passivité en Institution Psychiatrique n'est qu'un aspect particulier d'une Passivité plus générale rencontrée dans l'agitation de tous les jours, dans tous les comportements stéréotypés, mécanisés de beaucoup (travail, maison...), activités au delà desquelles on peut retrouver une forme de Passivité induite, "contingentée" et en partie imposée.

Et il faut remonter aux premières années de la vie de chaque individu pour pouvoir saisir comment dès le départ, certaines modalités de passivité peuvent être induites.

A sa naissance "l'enfant dont la capacité d'action est ignorée ou supprimée, est comme une feuille blanche de papier attendant l'application de l'impression".

Le milieu parental, messager du milieu social dont il est en quelque sorte le substitut va dès lors se trouver devant une alternative :

.- Ou bien les parents supposent que l'enfant possède une perception, qu'il est un être "réaliste" dont les points de vue doivent être respectés.

Ils vont alors l'observer, l'écouter et tenter de répondre à ses "messages" en lui donnant la possibilité de créer, d'imaginer et d'évoluer vers un état "adulte". Ils vont tenter dès lors de le protéger contre toute action susceptible de le gêner dans son évolution, donc de répondre à ses "avances" comme à un être séparé, une personne "réelle".

.-. Ou bien ils décident à l'avance de ce que sera leur enfant et celui-ci est alors déjà "compromis" dans une attitude de Passivité.

Certes, ses approches seront satisfaites

. Par des réponses guidées, orientées, qui ne sont le plus souvent que l'expression de phantasmes parentaux. Sa nature individuelle est de la sorte scotomisée.

. Par un système, étranger à l'enfant, rigoureux et rigide qui ne le satisfera seulement que dans certains de ses besoins.

Dans ce cas là, la relation est manipulée, unique, dans la mesure où l'enfant n'est plus que l'impression des désirs parentaux et donc forcé, contraint à un 'modelage' dans un moule passif, sa structure psychique se surchargeant alors d'images parentales.

L'enfant est ainsi amené à une position dans laquelle il dépend passivement du modèle omniprésent et tout puissant fourni par les parents. Il devient déjà en quelque sorte le "parasite" désiré et occulté par ses parents.

Bien que pour ses propres raisons particulières la famille puisse agir de la sorte d'une façon 'suppressive' et répressive, il existe dans notre société des considérations générales responsables d'une telle attitude et susceptibles de l'expliquer.

Un dogme rigoureux et un mythe empêchent la famille de percevoir l'enfant dans sa réalité ; et si elle le perçoit bien, elle peut alors le considérer comme un destructeur de ces mythes ; éventuellement comme un perturbateur qui a besoin d'être rendu inoffensif.

Le résultat habituel de cette 'distorsion perceptuelle n'est pas en fait une maladie psychiatrique' mais en quelque sorte une névrose de caractère syntone du milieu socio-culturel.

Et puis il y a le 'relai', il y a l'Ecole Primaire où l'on apprend à devenir un bon élève comme on apprend plus tard à devenir un bon citoyen, un bon chrétien ou un bon malade.

A l'école Primaire, "on vous apprend plutôt mine de rien, à rester à votre place, à ne plus bouger. Tout ce qu'on vous apprend vient toujours d'en haut, ce qu'il faut faire et ne pas faire, comment il faut faire et pas autrement... Toujours un savoir constitué (comme on dit les corps constitués), un savoir péremptoire, catégorique, à ingurgiter et à assimiler tel quel, passivement, mécaniquement, sans se poser de question" (R. Gentis) parce que C'EST COMME ÇA.

Il n'y a donc pas qu'à l'Hôpital Psychiatrique que la Passivité peut être induite et inculquée et l'on a bien l'impression que c'est au départ, dès l'enfance que les jeux sont malgré tout déjà faits. Il ne restera plus qu'à en tirer les ficelles.

Dès lors une question se pose : faut-il faire des individus actifs ou passifs en fonction d'une société dont l'ordre est pour chacun d'être à sa place passif, comme mode d'agir dans le sens des autres, actifs comme mode d'agresser les autres et non d'être différents d'eux en devenant une individualité propre.

Russel Barton confirme le point de vue de Goffman en constatant qu'à l'Hôpital, le Malade s'enrichit de symptômes nouveaux déterminant ce qu'il appelle une "névrose institutionnelle" et qui correspond à un rétrecissement des intérêts vitaux du sujet déjà évoqué dans notre sémiologie de la Passivité.

Pour Barton "la névrose institutionnelle est une maladie caractérisée par l'apathie, le manque d'initiative, une perte d'intérêt plus accentuée pour les choses et les événements non immédiatement personnels ou présents, la soumission docile et parfois l'absence de ressentiment envers les ordres rigoureux ou injustes, une détérioration des habitudes personnelles, une perte de l'individualité et une résignation fataliste à ce que les choses suivent leur cours d'elles-mêmes, sans changement, inévitablement. Les signes varient en gravité suivant le cas : il y a le malade muet, abruti, qui reste assis sur la même chaise jour après jour ; il y a le malade laborieux qui, sans protestation aucune, a voué son existence à l'institution. Il y a enfin le Malade joyeux et actif qui, profitant des possibilités mises à sa disposition, s'occupe souvent à un travail manuel pendant le jour, mais ne manifeste aucun désir de quitter l'hôpital. De temps à autre, la coopération passive et docile du Malade est ponctuée d'épisodes agressifs qui

sont, à la légère, attribués à la Maladie Mentale". Il y a dans cette description une bien étrange ressemblance avec les comportements de Passivité en Institution Psychiatrique.

B.- l'Institution comme refuge contre l'angoisse.

l'Hôpital Psychiatrique n'est pas uniquement une institution totalitaire comme désir et projection d'un ordre social qui se veut ségrégatif. Il est aussi autre chose.

Le rapport phantasmatique entretenu par le 'patient' avec l'Institution Psychiatrique demeure un des éléments de structuration du "noyau" qui, de l'Institution va faire un refuge pour tous ceux soignants et soignés qui l'investissent.

Ce refuge, comme mode de défense contre le surgissement d'anxiétés paranoïdes ou dépressives se structure en "champ pathologique", celui-ci n'étant en fait que l'expression de la personnalité des individus qui y participent.

Pour José Bleger, l'Institution est intégrée par l'inconscient de chaque individu comme un schéma corporel à partir duquel il va retrouver un support, une insertion sociale et à la limite un repère à son identité mettant ainsi en acte un processus de réparation.

Dès lors, le problème est de savoir ce qui dans un sytème social aliénant est recherché par l'individu comme protection contre l'angoisse, renforçant par là même la pathologie du champ institutionnel dans lequel il se trouve piégé. Il sem-

ble que le malade passif, souvent résistant à toute tentative de changement, soumis à une institution aliénée, projette alors sur celle-ci ses propres forces repressives, celles-là mêmes qui existent en chacun de nous.

Dans cette perspective, l'Institution Psychiatrique s'apparente au "groupe primaire" où 'prédominent les identifications projectives massives et dans lequel existe une ambiguïté des rôles et des statuts par opposition au 'groupe stéréotypé' dans lequel s'installe comme formation réactionnelle un formalisme qui aboutit à un manque de communication'.

Bleger appelle 'adaptation' le fait de se soumettre à cette stéréotypie institutionnelle qui 'rend possible une structure hautement hiérarchisée dans laquelle les relations interpersonnelles vont s'amenuisant jusqu'à des formes diverses d'hospitalisme", (Maud Mannoni) dont la Passivité.

Néanmoins rendre sa mobilité à l'organisation de l'Institution c'est en quelque sorte courir le risque de voir se libérer les angoisses psychotiques contenues en elles. L'asile serait donc par certains de ses côtés le reflet de l'aliénation de 'ses' patients.

Dès lors l'ambiguïté apparaît dans le fait que l'Institution se révèle

- tantôt comme le dépositaire des projections et angoisses psychotiques de ses membres,

- tantôt comme l'instrument repressif d'une société ségrégative.

L'Homme appartient-il à l'Institution ou l'Institution à l'Homme, voilà la vraie question.

II - L'Institution Psychiatrique comme néo société asilaire.

L'Institution Psychiatrique est le plus souvent un monde clos, figé, hiérarchisé, aux structures rigides dans lequel le Malade et la Maladie Mentale ne peuvent nécessairement qu'être 'neutralisés'.

D'un côté, les "soignants", ceux qui possèdent le savoir, ceux qui illusoirement pensent passer à la Maladie la camisole qui lui convient, ceux qui sont 'normaux" et libres.

De l'autre côté, les "soignés", les malades, les aliénés, isolés, ceux qui doivent subir le savoir des autres, ceux qui ont perdu leur liberté, à moins qu'ils ne l'aient abdiquée.

Entre les deux, un bien difficile dialogue. La réciprocité dans les rapports n'est pas toujours admise et si le sujet étiqueté nosographiquement "Malade Mental" venait illusoirement chercher dans l'Institution un recours contre lui-même ou la société qui, de son fait, ou à partir du médecin psychiatre l'aliène dans sa prétendue Maladie, il n'y retrouve en fait qu'un mur, peut-être encore celui de l'Asile. Et c'est ainsi que "tout l'asile vit sur l'illusion qu'il existe un véritable hiatus qualitatif entre soignants et soignés, qu'il n'y a aucune commune mesure entre eux, qu'ils sont d'essence différente, qu'ils ne sont pas du même monde. Les véritables murs de l'asile lui sont

intérieurs, ils séparent les internés du personnel". (R. GENTIS).

Tout le monde semble prisonnier d'une même galère dans une bien complice ambiguïté.

A - Le schéma interprétatif de l'Institution.

A son entrée, l'individu est considéré dès le départ comme "Malade Mental". L'institution est là et faite pour cela. Chacun de ses symptômes va s'organiser en un réseau de troubles pathologiques qui, inévitablement, va déboucher sur un diagnostic avec la sanction thérapeutique adéquate. Le rôle de l'institution, par la médiation de l'équipe médicale, va être de faire accepter au Malade, sa Maladie et par conséquent, son statut de Malade.

L'une des conséquences de la structure institutionnelle est de contraindre le malade à s'adapter aux lois de l'Institution avec son système de récompenses et de sanctions si ce n'est de 'punitions'. C'est dans cette perspective que les comportements de Passivité semblent être les pourvoyeurs du désir sinon de la volonté que manifeste la structure institutionnelle de mettre en sourdine tout ce qui pourrait la déranger.

Basaglia, dans "l'Institution en négation" a montré d'ailleurs comment, dans les rapports institutionnels, le 'malade' hospitalisé devient automatiquement, de par le fait même de sa maladie, un citoyen sans droits, soumis à l'arbitraire des soignants "qui peuvent faire de lui ce qu'ils veulent sans possibilité d'appel". "Silence, routine, immobilité, c'est la devise de l'Asile, il vise en douce l'éternité..... Pour un vociférant, vingt muets, pour un agité, cent statues écrit R. Gentis. Certes, on peut être surpris à priori par

l'outrance et la violence de l'expression de certains auteurs, dits antipsychiatres. En fait, leurs 'critiques' semblent rejoindre, exprimées peut-être d'une façon plus nuancée mais non moins percutante quant au fond, celle de Henry EY quand il écrit dans l'Introduction de l'Encyclopédie médico-chirurgicale de Psychiatrie sous le titre "la séquestration du Malade Mental" : "Les lois... ont cristallisé l'image du fou machine. Celui-ci, pour être protégé contre lui-même, pour être rendu inoffensif pour les autres, est alors interné. C'est alors que naît toute une "architecture asilaire", dont le mur d'enceinte assure sa fonction essentielle. Et dans le sein de cette forteresse, des bains pour les calmer, des cours grillagées pour leur ménager une place au soleil, des cellules propres mais cadenassées pour les isoler, des camisoles de force pour leur éviter de se blesser, de s'évader, une visite cordiale et quotidienne du médecin pour les encourager, un pécule pour les récompenser du travail (qu'ils doivent à l'établissement) quand ils sont sages, des gardiens robustes pour contenir leur triste fureur, des visites contrôlées dans leur intérêt, des dispositions réglementaires pour assurer l'administration de leurs biens qu'ils ne peuvent raisonnablement gérer, la sollicitude des magistrats, etc... toutes ces mesures de sécurité, ces prévenances, cette vigilance, et ces diligences administratives constituent le statut de l'internement".

Bailly Salin déclare "nous avons cherché à réaliser le calme et la tranquillité comme but préférentiel de la néo-société asilaire, et cela nous a amené naturellement à la Passivité" (Journées de Thérapeutique Psychiatrique, Lyon, 1959). Il faut surtout que rien ne bouge, que la vie se poursui-

ve ainsi jour après jour, nuit après nuit, contre tout et malgré tout. Tout changement est menace, angoisse et danger pour l'institution.

Bergeret, à son tour, considère que "l'anarchie bruyante et sa répression concentrationnaire ont cédé le pas à une autre forme de totalitarisme, celui plus discret qui s'instaure sur l'apathie des individus soumis à l'efficace lavage de cerveau des fameux petits comprimés".

Il n'est pas possible, pour le Malade Mental figé dans sa Maladie de par son incompréhension des problèmes qui l'ont amené à devenir Malade Mental et asilaire, de par son rejet d'une société qui le considère comme un déviant par rapport à ses règles et donc comme 'dangereux', de prédire son avenir, de se mobiliser, de se projeter en lui. Son devenir ne peut dépendre que de celui qu'on aura fait pour lui. Ce qui fait dire à Sivadon : "l'hospitalisation si elle remplit une fonction utile en soustrayant le Malade au milieu où il s'est révélé inadapté, le place dans un environnement artificiel fait de contraintes et d'inactivités. A ces sujets dont les fonctions adaptatives sont déréglées on impose les conditions de vie les plus propices à l'ankylose de leur sociabilité ou à l'exaspération stérile de leur agressivité. A des Malades qui ont, pour le plus grand nombre, une structure personnelle fragile, on accorde un mode d'existence qui semble préparé tout exprès pour s'opposer à tout effort de personnalisation. Immaturés, dépersonnalisés, on leur enlève les attributs les plus élémentaires de toute personnalité. Sevrés par leurs troubles d'échanges affectifs normaux, on leur propose comme objet d'identification d'autres

malades comme eux, étrangers au monde, et un personnel inéduqué qui leur oppose une attitude indifférente sinon répressive".

Il semble bien que les différentes activités qui sont proposées aux Malades en quartier psychiatrique ne sont point peut-être imposées mais décidées à la place du Malade sans que le plus souvent ce dernier soit sollicité, 'amené à', en quelque sorte motivé, nonobstant la difficulté de telles implications. Le malade hospitalisé, institutionnalisé est amené à subir, à être le 'patient', c'est-à-dire celui qui souffre l'action plus qu'il ne l'induit. Il est devenu l'un des éléments d'un spectacle bien étrange avec ce long cortège de silence, de cris ou de chuchotements. "Les esclaves perdent tout dans leurs fers, jusqu'au désir d'en sortir". (J.J. Rousseau, Du contrat social). Et la meilleure adaptation au milieu institutionnel paraît être celle que l'on observe chez les chroniques de longue date que Raymondis appelle les "sédimentés" et qui débouche sur l'impossibilité de vivre dans un tout autre milieu. Le malade passif est alors si bien adapté à l'Institution qu'il a peur d'avoir peur" d'en sortir.

L'hôpital psychiatrique est donc structuré en 'néo société asilaire' dans laquelle le Malade sera contraint de s'adapter à ce qu'on attend de lui (adaptation primaire de Goffman). Il ne s'agit donc plus pour le Malade que de mimer, de singer une société considérée comme norme, devenue extérieure en tant que telle et apportée par ailleurs par les différents éléments du groupe institutionnel, caricaturée, déréalisée de par les conditions mêmes, artificielles, de l'institution psychiatrique.

B - La structure institutionnelle comme réinterprétation du sens accordé au travail.

Les Institutions Psychiatriques ont cherché à créer non point des 'lieux' privilégiés d'expression et de "libération" mais des néo-sociétés, c'est-à-dire des sociétés artificielles constituant une reproduction réduite de la société du dehors et qui par ailleurs, de par leur aspect communautaire cherchent à constituer en quelque sorte une enclave "socialiste".

Ainsi le Malade, de quelque façon que ce soit est traité dans une perspective ambigüe sinon ambivalente de réintégration sociale, dite "normative" sans que la structure même de l'Institution Psychiatrique comme nous l'avons déjà souligné, puisse lui en donner l'initiative dans la mesure où le Malade est progressivement amené à se conformer à un rôle passif et inerte, celui de l'invalide ou du patient, encore que ce rôle comporte quelques activités illusoires sinon ludiques. C'est dans ce contexte qu'il est nécessaire de réinterpréter le sens accordé au travail en Hôpital Psychiatrique, ce travail que l'on appelle 'ergothérapie'.

Certes, le travail est l'objet dans notre société de motivations secondaires directement accessibles comme le salaire, le profit et parfois le prestige. Dans l'Institution Psychiatrique ces motivations sont le plus souvent inexistantes.

L'absence de compétition, tant sur le plan vital que social, la quasi absence de rémunération (il faut bien le dire, le pécule est essentiellement et dérisoirement symbolique) vont induire, chez le Malade hospitalisé un comportement d'indifférence et une absence de motivation profonde pour entreprendre un travail qui n'a, le plus souvent aucune relation avec les activités antérieures du sujet valide. Par ailleurs, la compétition économique n'existe pas : que le malade aille travailler ou non il sera quand même et toujours logé, habillé et nourri. "L'ergothérapie ne constitue au fond qu'un artéfact. Elle n'est pas issue d'une nécessité économico-culturelle émanant de la néo-société asilaire, reflet structuré de ses besoins, mais constitue une activité proposée de l'extérieur sans racine profonde". (Bailly Salin).

Les positions et les privilèges sociaux, hiérarchisés, habituels et communs à toute société sont le plus souvent inexistants. Ce qui caractérise l'Institution Psychiatrique c'est l'uniformité. Pas de chefs ni de 'leaders' parmi les Malades non pas qu'il n'y ait pas de tentatives mais quand elles existent elles sont très vite neutralisées pour ne pas risquer de donner 'le mauvais exemple' aux autres éléments du groupe. "C'est dire que la vie des pavillons est caractérisée par son absence de compétition tant sur le plan vital que sur le plan social".

Ainsi la distance psychologique et matérielle qui existe entre le Malade et son milieu naturel conduit à encourager une certaine chronicisation de la Maladie, au sein de milieux artificiels apparemment trop accueillants et trop sécurisants parce que fermés et coupés du milieu social naturel.

III - La Passivité comme mode d'adaptation au "désir" de l'Institution.

L'hospitalisation sépare le Malade de son milieu naturel, en l'occurence sa famille, ou, s'il vivait seul, va objectiver son isolement. Admis comme Malade, il est consacré dans sa maladie et son statut de 'fou'. Sa 'rupture avec l'extérieur' devient dès lors double et les moindres aspects de son existence vont s'inscrire dans un même cadre, auquel il va devoir s'adapter puisqu'il se retrouve là 'pour son bien' et finalement pour y être 'guéri'. Il devra donc subir l'action de l'Institution pour tenter de renouer avec le monde réel celui précisément dont il s'était retranché.

L'hôpital Psychiatrique dispose pour cela de plusieurs moyens d'action dont une action "déculturante" en ce sens qu'elle va amener progressivement le Malade à se désadapter de situations antérieures de vie quotidienne en lui proposant ou imposant de nouveaux modes d'existence proches d'un rituel qui devient 'la règle' et entraine une uniformisation, un effacement de la personnalité du Malade.

L'Hôpital Psychiatrique possède par ailleurs une action dépersonnalisante dans la mesure où il va priver le Malade de certains de ses objets les plus familiers, de son autonomie, de sa capacité de décision et de choix, lui apprenant par là même que "LE MOI, loin d'être une forteresse, ressemble plutôt à une petite ville ouverte. Le malade semble atteindre un nouveau palier quand il se rend compte qu'il peut survivre, tout en adoptant une façon d'agir que la société qualifie d'auto-destructrice" (Goffman).

Le système "d'adaptations secondaires" qui finit par se créer à la longue se voit bien dans la manière dont l'interné s'arrange passivement de sa position. Goffman inclut sous le terme d'adaptations secondaires "toute disposition habituelle permettant au sujet d'utiliser des moyens défendus ou de parvenir à des fins illicites et de tourner ainsi les prétentions de l'organisation relatives à ce qu'il devrait faire ou recevoir et à ce qu'il devrait être" "en distinguant :

- d'une part les adaptations désintégrantes comme mode d'opposition à l'Institution (agressivité, refus, mutisme...)
- d'autre part, les adaptations intégrées qui, comme les adaptations primaires impliquent l'acceptation des structures institutionnelles existantes.

"De cette chronicité tout le monde est complice, le Malade qui s'y complait, le Médecin à qui ça épargne bien du souci, les infirmiers qui n'ont rien à foutre avec les chroniques, l'administration dont la devise est toujours et partout "pas d'histoires". (R. Gentis).

Nous avons souligné dans ce chapitre le caractère essentiellement institutionnel des comportements de Passivité chez le malade mental hospitalisé. Sans vouloir faire de la Passivité un phénomène uniquement "asilaire" nous nous sommes efforcés de voir comment l'Hôpital Psychiatrique pouvait la consacrer en lui permettant, de par une certaine ambiguïté soignants soignés, d'exister comme mode d'adaptation structuré de par la volonté de tous.

Le Malade, la Passivité et les neuroleptiques.

Nous n'avons considéré jusqu'à présent dans les phénomènes de Passivité décrits, que les capacités de réactions du Malade Mental qu'elles soient déterminées par les caractères constitutionnels ou qu'elles soient acquises en même temps que les interéactions de l'individu lui-même avec le système social asilaire. Il nous faut à présent envisager l'action pharmacodynamique proprement dite des neuroleptiques et la nature de son lien avec la Passivité.

Les premiers neuroleptiques, découverts en 1952 avaient des propriétés sédatives telles que l'on a pensé à priori qu'ils constituaient une "camisole de force chimique" provoquant une somatisation douloureuse de la Maladie Mentale susceptible d'ouvrir la voie aux psychothérapies.

S'opposant à cette optique, Fouks soutenait que les effets secondaires des neuroleptiques réalisaient une "maladie thérapeutique" qu'il convenait de prévenir et de traiter systématiquement, "pour permettre à la chimiothérapie tout ce qu'on peut en attendre".

D'ailleurs, la découverte des neuroleptiques anti-psychotiques montrait que la thérapeutique neuroleptique était loin d'être uniquement sédative sans être pour autant dépourvue d'effets secondaires négligeables.

C'est ainsi que l'administration des neuroleptiques au Malade, conduit à l'observation d'effets divers dont certains sont bénéfiques, ce sont les effets primaires, et d'autres indésirables et gênants, ce sont les effets dits secondaires, ceux-là mêmes qui constituent "la maladie thérapeutique". Lambert, néanmoins, à partir de l'intrication souvent fréquente des effets primaires et secondaires préfère à la dénomination précédente, celle de "Syndrôme neuroleptique" comme "l'ensemble des manifestations que l'on observe au cours des cures neuroleptiques" saisissant par là même l'action neuroleptique dans sa globalité.

Du point de vue psychologique, pour le Malade Mental qui a des difficultés de contact avec autrui et le monde extérieur et dont tous les essais pour obtenir une meilleure relation objectale ont échoué, le symptôme (délire, hallucination...) apparait comme une guérison pathologique du moi. Il permet au sujet de retrouver un certain équilibre, il est une défense du moi au moment où le sujet est submergé par l'angoisse, lui permettant par là même d'échapper aux agressions du monde extérieur.

Or, les neuroleptiques vont s'attaquer essentiellement aux symptômes, c'est-à-dire au système de défense du moi, pour les faire disparaitre. Pour le Malade Mental deux alternatives :

- ou bien il conserve son symtôme et reste délirant malgré l'action du médicament et c'est le problème de la chimiorésistance.

- ou bien il abandonne le symptôme sous l'effet anti-psychotique proprement dit du neuroleptique mais permet alors l'apparition d'autres symptômes en l'occurence ceux de passivité comme l'indifférence, l'inactivité ou même certaines manifestations agressives.

Par là même, la disparition du symptôme ne peut en aucun cas postuler que le Malade soit capable d'établir avec l'extérieur une relation correcte. Le Malade du fait même de la faiblesse de son moi a besoin d'une défense et cette défense nouvelle, c'est la Passivité.

Ceci avait amené Bailly Salin à considérer la Passivité comme "une manifestation économique témoignant de l'incapacité d'assumer une relation objectale valable qui ne soit pas angoissante, comme une relation aménagée de type particulier".

A partir de ceci, on comprend les réactions d'agressivité qui sont une manifestation de l'angoisse sous-jacente, lorsqu'on veut essayer d'entrer en contact avec le Malade passivé. "Le Malade n'aime pas être dérangé car il se trouve confronté à la volonté d'un autre et il manifeste des réactions agressives" (Balvet).

L'agressivité devient un moyen de défense qu'a le Malade Mental pour préserver l'équilibre précaire qu'il est arrivé à atteindre avec la passivité contre toute attaque extérieure. Ce qui amène Bergeret à définir la Passivité comme "la traduction de cette angoisse intérieure devant le monde qui se rapproche, par la guérison des symptômes bruyants" à partir des neuroleptiques.

C'est uniquement dans ce sens qu'on serait tenté de chercher dans le médicament l'origine de la Passivité du sujet ou plus particulièrement de l'angoisse par laquelle elle se manifeste. Elle est donc un des effets secondaires des neuroleptiques (Théorie de l'imprégnation de Balvet) en replaçant le Malade devant le problème épouvantable de sa guérison.

Il faut considérer dans le "syndrome neuroleptique" et en fonction de la classification bipolaire traditionnelle, sédatif incisif, certains effets susceptibles d'évoquer la Passivité.

. E n ce qui concerne les neuroleptiques sédatifs, c'est-à-dire ceux qui agissent essentiellement sur l'agitation et l'anxiété, ils interviennent incontestablement d'une manière inhibitrice :

- Sur la psycho-affectivité par leur action de désintéressement et il semble que ce soit bien là que le problème du syndrome de Passivité envisagé dans le cadre des neuroleptiques semble à priori un paradoxe en même temps qu'une gageure si l'on considère qu'au départ, dans l'indication thérapeutique même et comme critères définissant le terme de "neuroleptique" dans

le sens entendu par Delay et Deniker, l'objectif essentiel demeure le désintérêt, la neutralité émotionnelle et l'absence de désir exprimé.

- sur la psycho-motricité en entraînant une gêne motrice, une inertie gestuelle et mimique, une asthénie, une fatigabilité.

"Sur un plan macroscopique pourrait-on dire comme sur un plan microscopique, il existe une gêne très réelle à l'appréhension du monde extérieur. Il est donc bien légitime que cela se traduise par une difficulté des rapports objectaux et donc par une facilitation de la Passivité, constituant ainsi une "préforme passive". Bailly Salin.

Cet ensemble de troubles constitue le "Syndrome d'imprégnation neuroleptique" avec sa symptomatologie "négative" faite d'apragmatisme, d'athymhormie, de désintérêt, d'oisiveté pathologique.

. Certes la Passivité parait être essentiellement favorisée par les neuroleptiques sédatifs. Sans être pour autant moins impliqués, les neuroleptiques incisifs sont à l'origine, au premier plan, de troubles extra-pyramidaux qui sont une autre forme d''intolérance' au traitement qui ne doit pas être négligée.

Ce syndrome neurologique extra-pyramidal, par ailleurs bien connu comporte :

- un syndrome akinétique dû à une altération grave de l'initiative motrice et caractérisé par "l'extrême économie des mouvements" = faciès figé, rareté du clignement, absence de syncinésies normales, du balancement des bras à la marche.

Il évoque pour nous une Passivité "motrice" parfois limitée à la parcimonie des gestes et à la réduction de l'activité. Tantôt simple indifférence psychomotrice (Delay, Deniker) il peut aller à la limite jusqu'à la stupeur et dénoncer un "carcan chimique".

- un syndrome akinéto hypertonique associant au précédent agitation et tremblement.

- une forme plus rare, hyperkinétique avec contractures surtout des muscles bucco linguo faciaux, protusion de la langue, grimaces et épisthotonos.

Sans vouloir pour autant impliquer les neuroleptiques au premier plan des comportements de Passivité, il est certain qu'outre leur action sur le psychisme, ils exercent également leurs effets sur certaines structures nerveuses centrales et notamment celles qui contrôlent les activités motrices toniques et réflexes, entraînant par là même outre un ralentissement psychique, un ralentissement moteur qui, pour être secondaire n'en est pas moins contraignant dans la mesure où il transforme réellement la personnalité du Malade. L'action inhibitrice des neuroleptiques n'est pas à nier.

C'est ainsi que Bierner et Christoni ont étudié l'évolution de la personnalité des Malades chroniques en reprenant les dossiers de 126 malades suivis depuis 18 mois à 14 ans et soumis aux neuroleptiques les plus divers. Ils ont pu constater une transformation de la personnalité chez 75 % des schizophrènes et 50 % des psychoses dépressives ou maniaco-dépressives, les symptômes les plus fréquents étant l'inhibition, la passivité, le retrécissement des contacts sociaux, l'extinction des zones d'intérêt.

La suppression ou la diminution des psychotropes entrainant soit l'amélioration des symptômes décrits plus haut, "jamais, affirment les auteurs, nous n'avons assisté, une fois le produit supprimé ou sa posologie réduite à la persistance des modifications relevées". Il semble donc bien que si l'inertie, l'apragmatisme sont souvent la conséquence de l'évolution de la Maladie Mentale, dans d'autres cas ce syndrome d'inertie et de passivité, cet apragmatisme, se développent sous l'effet de la médication neuroleptique.

Si l'aspect figé du Malade Mental neuroleptisé donne de celui-ci une impression de masque il n'en demeure pas moins une "activité psychique paradoxale" (N. Duc) quand elle est sollicitée et mise en évidence par les tests de Zazzo ou de Kuhn.

Il convient néanmoins de remarquer que la Passivité préexiste souvent aux neuroleptiques et faisait antérieurement partie de l'évolution de certaines psychoses. Il suffit de relire Bleuler pour être persuadé de la similitude de certains troubles somatiques décrits par lui comme l'amimie, l'akathisie, et certains aspects de la Passivité dans le contexte institutionnel.

De telles considérations qui, en gardant toute leur réalité ne sont certes pas dépourvues de quelque ambiguïté, nous amènent à envisager dans quelle mesure les neuroleptiques sont pour ainsi dire la cause ou du moins une des causes du syndrome de Passivité ou bien s'ils n'ont servi en quelque sorte qu'à démasquer ce qui existait auparavant, avant même qu'ils ne fussent

utilisés et qui constituait, si ce n'est le fond de la Maladie elle-même du moins une certaine forme de personnalité préexistante.

Certes les chimiothérapies ont entrainé un changement de la physionomie et de la Maladie Mentale et de l'Institution Psychiatrique en réduisant sensiblement l'agitation, le délire jusqu'alors symboles éprouvants du vieil asile mais aussi en permettant l'apparition d'un certain "engourdissement", d'une inactivité particulière, d'un apaisement certain.

- Une première hypothèse pouvait être d'emblée envisagée en même temps qu'elle paraissait à priori logique : les neuroleptiques créent de leur fait même la Passivité et c'est la théorie de "l'imprégnation" de Balvet.

Le syndrome de Passivité entre donc dans le cadre des accidents ou du moins des incidents secondaires impliqués par les neuroleptiques.

Nous nous sommes efforcés de remettre en cause une telle considération sans pour autant nier l'implication certaine des médicaments dans la mesure où le malade mental privé d'une certaine manière de sa maladie était dès lors confronté à son angoisse d'exister, d'être au monde.

Par ailleurs cette première hypothèse ne pouvait être validée que dans la mesure où l'on pouvait être persuadé qu'il n'existait pas antérieurement de signes de Passivité.

Néanmoins nous avons vu que les manifestations neurologiques secondaires induites par les neuroleptiques interféraient d'une façon non négligeable dans le Syndrome de Passivité. Une approche neuro-physiologique (d'après les travaux de Rigal, Savelli et Juillet) permet peut-être de mieux cerner le problème.

Les neuroleptiques dits de "droite" stimulent le système gamma qui joue un rôle capital dans la régulation du tonus musculaire, de la motricité et de la réflectivité.

Les neuroleptiques de "gauche" au contraire le dépriment entraînant par là même la somnolence, l'asthénie, l'apathie, "une perte de l'initiative cinétique" (J. Lhermitte).

Cette première hypothèse s'avérait néanmoins incomplète, du moins insuffisante dans la mesure où il arrive fréquemment que ces comportements ne s'estompent guère une fois la chimiothérapie mise en cause, suspendue.

- Une seconde hypothèse était alors émise par Balvet, celle de "l'abrasion des symptômes" voyants de la Maladie Mentale permettant par là même de découvrir ce qui préexistait auparavant, ce qui constituait pour ainsi dire le "fond" de la Maladie, masquée jusqu'alors par la symptomatologie positive - les symptômes cibles -.

Les neuroleptiques n'auraient eu alors que le rôle de "révélateur" permettant ainsi la libération de l'angoisse déjà existante mais cachée par le délire, la disparition de celui-ci lui facilitant sa réapparition sous forme de passivité

- Ces deux hypothèses "semblent contenir une part de vérité. Elles sont si radicalement opposées par ailleurs que l'on est tenté d'en chercher une troisième qui à la fois la contienne et la nie". (Balvet). C'est la théorie de "l'exacerbation".

Les neuroleptiques provoqueraient ainsi l'exacerbation de ce qui existait déjà, d'une passivité latente et permettraient une expérience passive primaire. "Nous assistons à une véritable multiplication de l'angoisse de guérison sous jacente, une fécondation monstrueuse qui l'augmente considérablement".

- Comme nous le faisions déjà remarquer précédemment, ces deux dernières hypothèses posent le problème de savoir s'il faut situer le syndrome de Passivité dans le contexte des effets secondaires du médicament ou bien s'il faut le considérer comme appartenant en propre au "génie évolutif" de la Maladie schizophrénique. L'emploi récent des "neuroleptiques à action prolongée" permet peut-être d'apporter quelque clarté à ce sujet.

Il est certain que l'action des neuroleptiques à action prolongée n'est absolument pas étalée dans le temps d'une façon constante et que sa résorption ne se fait pas de la même manière selon les différents moments. C'est ainsi que l'on peut souvent constater que dans les jours qui suivent l'injection un certain nombre de sujets chez lesquels on uarait pu confondre certains de leurs signes secondaires avec les signes évolutifs de la Maladie, connaissent en fait une recrudescence telle qu'ils confinent les sujets ayant retrouvé un semblant d'activité dans une attitude passive.

Il est certain par ailleurs que les neuroleptiques à action prolongée posent un nouveau problème à savoir que pendant un temps relativement long, sans prise journalière susceptible éventuellement d'être refusée, le Malade Mental est soumis à une imprégnation involontaire qui à notre avis peut induire une nouvelle modalité de passivité.

C'est ainsi que le soigné n'a même plus le droit de ne pas prendre le médicament prescrit ce qui peut entraîner dans certains cas une perte de liberté, comme "une inféodation", une abdication de toute autonomie, en quelque sorte une régression à une attitude infantile de dépendance.

C'est en fonction du caractère spécial de l'action des neuroleptiques en même temps que de la spécificité de certaines classes d'entre eux et de la massivité de leur emploi que l'on a pu être amené à observer :

- l'envahissement également massif de l'hôpital psychiatrique par les comportements de Passivité,
- un ébranlement de la nosographie psychiatrique traditionnelle,
- une remise en question des structures institutionnelles traditionnelles et actuelles avec leur système hiérarchique, leur régime de contraintes et d'obligations.

Une des originalités des neuroleptiques du fait qu'ils sont susceptibles de déclencher ou de mettre au jour cer-

taines attitudes de Passivité, c'est qu'ils ont permis d'instaurer les socio et psychothérapies.

Attitudes thérapeutiques - Perspectives.

Nous avons particulièrement insisté sur le fait que la Passivité, même si elle préexistait à l'utilisation des neuroleptiques et faisait éventuellement partie antérieurement de l'évolution de certaines psychoses, impliquait par ailleurs non seulement l'Institution Psychiatrique elle-même et l'Institution sociale en général mais encore les chimiothérapies.

Quelles que soient sa signification et ses conditions étiopathogéniques diverses, il n'empêche qu'elle existe, qu'elle est un problème essentiel et contraignant pour le "vécu" du malade.

Reste à voir à quelles attitudes thérapeutiques ces divers aspects de la Passivité peuvent nous conduire, quelles perspectives elles semblent ouvrir qu'il s'agisse des chimiothérapies proprement dites ou plus généralement des psychothérapies voire même de la sociothérapie.

Les Chimiothérapies

C'est à partir des neuroleptiques eux-mêmes que l'on envisagera d'abord la possibilité d'une action strictement chimiothérapique sur les comportements de passivité.

Si les neuroleptiques n'induisent pas à proprement parler ces comportements envisagés, il est néanmoins certain qu'ils y participent et cela plus spécifiquement à partir de leurs effets neurologiques. Dans une telle perspective la question reste de savoir si leur efficacité thérapeutique est liée à leur possibilité de produire des syndromes extrapyramidaux, à leur action strictement catatonique.

C'est ainsi que certains auteurs se demandent si la production de symptômes neurologiques n'est pas nécessaire à l'obtention de l'effet thérapeutique recherché ou du moins si elle ne peut pas être un critère d'efficacité.

Ainsi pour Delay et Deniker "il ne parait pas possible de dissocier l'activité thérapeutique de ses propriétés neurologiques".

En ce qui nous concerne nous pensons que dans la plupart des cas la passivité chez le Malade Mental définit à elle seule les limites de l'efficacité thérapeutique des neuroleptiques, même si elle est susceptible de constituer une

étape intermédiaire en même temps que regressive dans l'évolution de la Maladie vers la"guérison" ; étape qui en tous cas devrait servir de tremplin vers les psychothérapies si l'on veut éviter que le Malade ne s'enlise dans un marasme strictement négatif.

Il convient d'empêcher que le traitement par les neuroleptiques ne se réduise en fin de compte à un simple effet de camisole de force chimique.

D'autres auteurs ne voient de solution, contre la Passivité du Malade Mental neuroleptisé, que dans la cessation du médicament, s'exposant par là même à une réapparition des symptômes premiers et bruyants de la Maladie, ceux-là mêmes qui avaient motivé la prescription du médicament. Dans ce cas, il semble évident que la suspension du neuroleptique ne peut être envisagée qu'en instaurant une véritable prise en charge thérapeutique institutionnelle ou individuelle.

En fait, il convient d'avouer que l'on est souvent contraint de maintenir la "neuroleptothérapie" et qu'il faut alors autant que faire se peut, corriger les manifestations passives et neurologiques.

- d'une part en "économisant" considérablement ces drogues et en tenant compte par ailleurs que l'effet recherché est souvent aussi bien obtenu avec des doses moyennes qu'avec des doses trop fortes.

- d'autre part en adaptant constamment et individuellement la dose des neuroleptiques aux effets positifs et négatifs obtenus.

Il existe, comme on le sait, de grandes variations individuelles dans les réactions provoquées par ces médicaments et notamment une susceptibilité, une sensibilité plus particulière de la femme aux effets indésirables des neuroleptiques (syndrome extra-pyramidaux ou syndrome de passivité).

- en utilisant enfin tous les médicaments "correcteurs" et ils sont légion et sans cesse nouveaux.

-:- Ceux sont surtout et d'abord les anti-parkinsonniens de synthèse comme, pour ne citer que les plus connus :

. La tritrexyphenidyle (ARTANE RD)

. La Chlorhydrate d'orphénadrine (DISIPAL RD) qui possède en outre certaines propriétés euphorisantes voire stimulantes.

Les correcteurs, en "dégelant" certaines attitudes physiques peuvent améliorer certains aspects stéréotypés du syndrome de Passivité.

-:- Certains auteurs ont préconisé :

- l'emploi de vitamines du groupe F , B12, C et même A.

- une relance métabolique par

. des perfusions de Trophysan glucidique

. en association avec les vitamines B1, B12, PP et les extraits hépatiques.

- l'utilisation de la DHE.

Kammener et Coll, Madre et Kergoet, Josse et Coll ont appuyé l'idée de l'efficacité de la DHE dans le "syndrome d'inertie passivité". "Grâce à la DHE la prescription des neuroleptiques ne signifie plus tout à fait pour le Malade 'vécu désagréable', 'mauvais objet' ou 'réalité falsifiée'".

:-: Il y a enfin le problème des psychoanaleptiques (psychotoniques et thymoanaleptiques) qui sont susceptibles d'agir sur la composante psychique de la Passivité.

- Les Psychotoniques comme le phénydylate (RITALINE RD) peuvent corriger dans certains cas la composante subjective de la fatigue, de la somnolence et de la passivité "en canalisant le bénéfice d'activité au profit de l'ergothérapie et de la sociothérapie" en facilitant l'idéation, la concentration intellectuelle et l'attention.

- Les thymoanaleptiques en agissant essentiellement sur les troubles de l'humeur et sur le dynamisme vital sont susceptibles dans certains cas de redonner au Malade Passif le goût de l'action.

Certains les associent d'emblée aux neuroleptiques pour éviter l'apparition du syndrome de Passivité.

Même si l'on doit prendre en considération de tels "correcteurs" il semble en fait qu'ils ne représentent que des thérapeutiques strictement palliatives ne pouvant en aucun cas s'attaquer au fond même de la Passivité qui demeure essentiellement un problème psychique et institutionnel, une solution aménagée contre l'angoisse.

Il faut noter par ailleurs que la systématisation des effets secondaires et parmi eux la passivité, doit avoir une valeur prévisionnelle pour la recherche de nouveaux neuroleptiques qui, en étant améliorés dans leur manifestations secondaires au profit de celles primaires devraient pouvoir éviter que ce couple d'effets à la fois bénéfiques et défavorables ne soit pas fatalement dissociables.

SOCIOTHERAPIE.

Nous avons considéré dans le chapitre "le malade sa passivité et l'institution", le syndrome de passivité comme une 'Maladie institutionnelle' liée d'une part à la structure totalitaire de l'Hôpital Psychiatrique et d'autre part aux projections des forces repressives des différents éléments, membres de cette même institution, ce qui nous a conduit à faire en quelque sorte de la Passivité le résultat de l'équipement du collectif psychiatrique contre l'angoisse de la folie.

L'inertie, la rigidité, la hiérarchie soignants-soignés, soignants-soignants et même soigné-soignés qui, jusqu'à présent, ont la plupart du temps régné au sein de l'institution psychiatrique, doivent peu à peu s'estomper pour, à la limite disparaitre au profit de la qualité incitative et de la richesse en stimulations éventuelles du milieu institutionnel.

Mais repenser l'Institution Psychiatrique dans l'optique d'une prévention du syndrome de passivité nous amène à la repenser inévitablement dans son attitude à l'égard de la Maladie Mentale en général.

Il n'y a pas semble-t-il, à proprement parler de thérapeutique institutionnelle dont sociothérapique de la Passivité.

Dans le contexte de l'Institution elle-même, il convient de distinguer avec Racamier deux notions, celle de "traitement" c'est-à-dire des méthodes thérapeutiques définies et celle de 'soin'. Le 'soin' n'est pas en soi une thérapie et demeure inhérent à une prise en charge institutionnelle qui doit tenir compte :

- d'une part du travail et des activités des Malades,
- d'autre part de la relation avec les parents et le milieu social,
- et enfin des interelations courantes au sein même de l'Institution.

C'est dire à quel point le champ du 'soin' est 'somato psychosocial'.

Pour Racamier toujours le 'soin' doit être considéré comme une incitation du 'moi' en lui permettant un fonctionnement autonome de par :

- une "alimentation sensitivo sensorielle" convenable, d'où la nécessité d'un milieu vivant et animé donc sollicitant à l'égard du Malade passif.

Or la trop grande concentration dans les pavillons, l'uniformité des lieux et du temps, ce temps qui passe, ce temps qu'il faut bien tuer jour après jour, nuit après nuit, sans que l'imprévu puisse survenir, l'anonymat dans lequel la plupart des malades vivent, créent cette monotonie au travers de laquelle le Malade s'efface pour tendre même à disparaître.

- La proposition pour ce même Malade de choix et de responsabilité aménagés à sa mesure et susceptibles de l'amener à lui faire considérer qu'il dispose d'un 'moi' fut-il angoissant pour lui et pour les autres.

Il conviendrait pour cela au départ d'éviter de constituer l'Hôpital Psychiatrique en néo-société asilaire calquée et assimilée dérisoirement à notre société dite 'normale'.

Et tout d'abord au niveau de ce que l'on appelle l'ergothérapie comme "caricature de travail pour vivre".

Ce qui se passe en effet dans l'Hôpital Psychiatrique n'est nullement assimilable à ce qui se passe dans la vie sociale 'normale'. L'Hôpital Psychiatrique est là en fait pour créer la scission, pour rendre inutilisable et à la limite nocif l'organisation ergothérapique.

Le travail n'est pas en effet toujours le choix du malade dans la mesure où l'installation d'ateliers de plus en plus perfectionnés implique le plus souvent le rendement et par voie de conséquence une sélection s'opère dont le Malade Mental va être l'objet et dans laquelle il va 's'installer'.

Par ailleurs l'ergothérapie implique souvent le maintien prolongé d'une même activité dirigée par un même moniteur laissant peu de place à l'invention, à la créativité du Malade, à sa propre directivité, à sa responsabilité. L'ergothérapie devient ainsi "une main d'oeuvre hospitalisée".

Il semble en fait que le "travail" à l'hôpital n'ait été créé que dans une perspective purement occupationnelle quand il n'est pas, et les exemples sont nombreux, une préoccupation opportuniste, une exploitation du Malade à "moindre frais" dans le cadre des services dits "généraux" de l'Hôpital Psychiatrique.

L'ergothérapie comme stéréotypie mécanisée et routinière doit, si elle veut devenir une activité "réelle" être un moyen d'expression utilisé à des fins thérapeutiques en même temps que l'oeuvre et l'engagement de tous.

"C'est par l'être que passe la rencontre, c'est par l'avoir que passe l'oppression, pour rejoindre sa complice, la dépendance". (H. CHAIGNEAU)

L'institution psychiatrique telle qu'elle a été jusqu'à présent conçue c'est-à-dire comme une "organisation fondée sur un système de protection qui est avant tout rejet de la folie en (promouvant) la 'violence' au nom de l'adaptation" (Maud Mannoni) doit être 'liquidée'.

Les solutions que l'on a pu proposer pour éviter que l'Institution Psychiatrique ne 'fasse violence' sont trop nombreuses pour nous permettre d'envisager de les présenter fut ce d'une manière sommaire. Nous citerons pourtant cette phrase de Benjamin Peret qui nous semble à elle seule cerner le problème en même temps que la crise traversée actuellement par la psychiatrie : "Tant qu'on n'aura pas reconnu sans réticence le rôle capital de l'inconscient dans la vie psychique, ses effets sur le conscient et les réactions de celui-ci sur celui-là, on continuera à penser en prêtre, c'est-à-dire en sauvage dualiste avec cette réserve toutefois que le sauvage reste un poète tandis que le rationaliste qui refuse de comprendre l'unité de la pensée demeure un obstacle au mouvement culturel".

La désaliénation du Malade Mental ne peut passer que par l'extérieur de l'Institution Psychiatrique, fut ce même si celle-ci doit servir de médiation.

Pour cela, deux solutions parmi tant d'autres semblent à retenir, d'une part les hospitalisations partielles (de jour ou de nuit), d'autre part une véritable promotion de la politique du secteur extra hospitalier pour éviter que le fossé ne se resserre entre l'intérieur et l'extérieur, entre la soi-disant "folie" et la soi-disant "normalité".

L'hospitalisation partielle suppose néanmoins l'organisation de structures thérapeutiques intensives fondées sur une relation 'réelle' soignant-soigné en acceptant que le Malade puisse venir à l'hôpital de lui-même et selon un rythme préalablement défini, accepté par le Malade lui-même.

Sur le plan thérapeutique on peut éviter de la sorte, au cours de certaines décompensations psychotiques ou même névrotiques la menace d'enkystement et celle d'une fausse sécurisation ; il est possible par ailleurs d'effectuer de la sorte une transition aménagée entre la vie très protégée et faussement protégée de l'Hôpital Psychiatrique et la vie entièrement 'libre' du monde extérieur.

Sur le plan social, elle peut permettre d'éviter dans une certaine mesure la ségrégation, cette impression de rejet par la société qu'a le Malade Mental. Elle permet aussi d'éviter l'hospitalisme, l'abandon par la famille et la résignation du Malade Mental vis à vis de sa Maladie.

La mise en application du "secteur" connaît bien des difficultés et il n'est pas de notre propos de les exposer. Néanmoins, le secteur avec ses assistantes sociales, ses infirmiers visiteurs et la création éventuelle de ce que l'on a pu appeler les "appartements thérapeutiques" pourrait en désaliénant la folie, en la dédramatisant, permettre au Malade Mental une réinsertion sociale fut-elle transitoire mais comprise et acceptée de ceux pour qui, auparavant la folie demeurait une malédiction ou une fatalité.

PSYCHOTHERAPIES.

Nous avons vu comment l'Hôpital Psychiatrique était fondé, dans sa structure, sur un régime ségrégatif résultant à la fois de l'isolement de la vie sociale 'normale' du Malade Mental et de son retrait en même temps que de son rejet souvent inconscient au sein même de l'Institution.

Nous avons vu également dans quelle mesure le syndrome de Passivité aussi manifeste soit-il pouvait n'être qu'une simple façade au delà de laquelle existait une dynamique propre mais le plus souvent occultée.

Nous avons vu enfin combien les thérapies médicamenteuses ne pouvaient être que strictement palliatives, comme la sociothérapie pouvait n'être qu'une 'illusion' dans

la mesure ou elle supposait 'l'éclatement' de la structure de l'Institution Psychiatrique et son ouverture sur l'extérieur.

Les Psychothérapies peuvent faire que le syndrome de Passivité ne soit pas une fin en soi, en quelque sorte un échec, en dévoilant méthodiquement la 'vérité' de ce syndrome et cela d'autant plus que la folie elle-même est déjà véhicule de vérité. Or il est certain que la plupart du temps l'Institution Psychiatrique organisée en milieu clos, avec ses dissimulations, ses préjugés, son conformisme masque, tout ce qui pourrait être 'décodé' et mis à jour. Il est certain par ailleurs que toute tentative de 'démasquage' va être à l'origine d'un déclenchement de résistances considérables, elles-mêmes souvent passives et éventuellement à la libération peut-être insupportable d'une agressivité importante.

Compte tenu de ce que nous avons voulu indiquer dans le sens de l'aménagement défense que constitue la Passivité, c'est effectivement dans des formes très patientes et très prudentes de relations psychothérapiques elles-mêmes aménagées que le Malade peut sortir de sa Passivité pour 'inaugurer' une relation sociale valable et satisfaisante.

Il convient tout d'abord de tenter de définir le concept de psychothérapie institutionnelle. 'Celle-ci correspond aux psychothérapies réalisées au sein de l'Institution, effectuées par l'intermédiaire de l'Institution elle-même et de ses structures internes".

Il convient également de se garder d'attitudes extrêmes qui ne peuvent s'avérer que négatives :

- d'une part en répondant à la Passivité du Malade par une égale Passivité, par le "laisser faire".

En effet le syndrome de Passivité non donne à voir des symptômes qui ne sont nullement fatals et inévitables. Les considérer comme tels, pour quelque raison que ce soit, serait une attitude défaitiste en même temps qu'opportuniste. Le "tout est calme" rassurant s'il a une signification certaine pour les soignants peut être vécu par le Malade Mental comme un abandon, celui-ci impliquant l'acceptation du "fatum" de la Mala die.

Les symptômes de Passivité doivent donc être sollicitants pour l'ensemble de la structure institutionnelle et doivent déboucher sur la concrétisation de leur expression inconsciente pour qu'ils ne soient ni pour les uns, ni pour les autres.

- D'autre part en répondant à la Passivité par une trop grande directivité, ce qui équivaudrait à une prise en charge totale du Malade passif derrière laquelle il ne pourrait que s'abriter en abandonnant toute action en déférant aux autres le soin d'agir à sa place.

L'institution doit être ainsi un instrument de relation à autrui dans les psychothérapies qu'elle est susceptible d'instaurer.

Et pour cela, dès le départ le Malade Mental, avant même qu'il ne devienne passif, doit pouvoir avoir la certitude d'être accepté dans toutes les expressions de sa personnalité si l'on ne veut pas courir le risque qu'il se taise ou qu'il abandonne, faute de pouvoir être compris.

Il serait trop long de nous engager dans cet immense domaine que représentent les psychothérapies (psychothérapies d'inspiration analytique, psychanalytique, dynamique de groupe ou autres). Quoi qu'il en soit, leurs buts est de répondre aux besoins profonds du Malade Mental, de favoriser sa progression en lui permettant de "multiplier et de diffuser ses réactions transférentielles aux différents objets institutionnels".

Il faut donner au Malade passif la possibilité de mobiliser en lui toutes les ressources énergétiques susceptibles de l'amener à modifier son aptitude à agir et cela dans une perspective de réinsertion sociale adaptée. C'est dans cette mesure qu'une véritable psychothérapie institutionnelle ne peut se concevoir si elle ne tient pas compte de la nécessité éventuelle de la multiplication des contacts avec l'extérieur (familial et social) à travers la "politique de secteur" à qui il est nécessaire de donner sa véritable dimension en cessant de penser que la folie est en dehors de nous ou dans un ailleurs lointain.

C O N C L U S I O N S

Nous avons tenté d'aborder le 'syndrome de Passivité' comme un mode de comportement particulier et original, comme l'expression d'une transformation radicale de l'Hôpital Psychiatrique dans lequel, jusqu'à l'avènement des chimiothérapies et des neuroleptiques en particulier, on avait pu penser que régnait surtout l'agitation.

En définissant la Passivité comme 'une disposition particulière de l'aptitude à agir telle que le sujet paraisse refuser, nier ou s'opposer à l'action, nous introduisons la perspective d'une volonté de l'agir de l'individu passif en tant qu' 'ETRE' alors que dans son 'PARAITRE' il semblait essentiellement être soumission et dépendance évoquant par là même une forme d'adaptation à type d'opportunité, une forme 'd'imposture'.

Si la Passivité ne nous a pas semblé constituer une forme sequellaire du traitement des psychoses, elle nous a paru dans certains cas en constituer une 'cicatrisation névrotique' une 'névrose de caractère' au sens analytique.

Si à priori, nous avons considéré la Passivité dans sa structure bipolaire et 'expressive' avec

- d'une part la dépendance comme désintérêt général à partir d'un vécu figé à la fois dans le temps et dans l'espace

- d'autre part l'agressivité envisagée comme "autre passivité" donc 'comme comportement' susceptible d'évoquer certaines conduites opposantes de l'enfant ou de l'adolescent, sur des thèmes de revendication et comme type de regression, nous nous sommes attachés par la suite à la mieux cerner dans sa signification profonde en rendant compte d'une structure particulière de l'ETRE'.

C'est ainsi que nous avons été amenés à individualiser

- une passivité interne active impliquant un investissement énergétique peu perceptible par autrui et pouvant s'exprimer sur une modalité 'constructive au niveau d'une relation objectale aménagée à distance et induite ou bien sur une modalité 'non constructive' à partir d'un repli idéique et thématique dans le délire,

- une passivité interne passive qui n'est pas sans évoquer l'autisme.

L'institution Psychiatrique comme les chimiothérapies nous ont paru déterminantes quant à la "révélation" des comportements de Passivité dans la mesure où elles semblaient, l'une constituer un 'champ clos' dans lequel les conflits n'avaient le plus souvent aucune possibilité d'expression, l'autre représenter de par son usage abusif une 'camisole chimique'.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru évident que les nouvelles thérapeutiques utilisées en Psychiatrie avaient induit un "remaniement de la Maladie Mentale" et partant même un bouleversement de la nosographie traditionnelle "dans le sens d'une complexité augmenté de l'analyse de la Passivité.

En conséquence :

- La chimiothérapie doit être maniée de sorte qu'elle ne puisse constituer la 'camisole chimique' et transformer le Malade en "Maneken Kranke".

- La sociothérapie doit être maniée de façon à repersonnaliser le Malade en évitant d'aboutir à une néo adaptation asilaire.

- La psychothérapie ne peut avoir de valeur que pour autant qu'elle atteint le conflit névrotique qui sous-tend la Passivité.

Ainsi donc, si la Passivité avait semblé au départ négation de l'action, elle semble constituer une forme d'action déconnectée, déréalisée par rapport aux formes d'action habituelles et 'normales' qui ne peuvent en aucun cas constituer un modèle à partir duquel il est possible de cerner la passivité.

- B I B L I O G R A P H I E -

1 - L'Anti-Psychiatrie - La Nef 42 - Janvier - Mai 1971.

2 - AUBIN. B - Information Psychiatrique - 1968 - Vol. 44 n° 3.

3 - BALINT. M - Le Médecin, son Malade et la Maladie - Petite Bibliothèque Payot.

4 - BALVET P. - Les comportements de Passivité au cours de la chimiothérapie des psychoses. J. Méd - LYON - Numéro Spécial 71-81 - 1959.

5 - BASAGLIA Franco - L'institution en Négation - Le Seuil 1970.

6 - BERGERET J. - Abrégé de Psychologie Pathologique, Théorique et Clinique - Masson et Cie Editeurs.

7 - BETTELHEIM B. - La Forteresse vide - Coll. Connaissance de l'Inconscient - Gallimard.

8 - CAZULLO Cl. et A. GIANNELLI - A propos des effets psychiques secondaires produits par les psychotropes. Encéphale, Nov. Déc. 1967.

9 - CHAIGNEAU H. Prise en charge institutionnelle des sujets réputés schizophrènes. Confrontations Psychiatriques n° 2 - Déc. 68 - P. 157-172.

10 - COIRAULT R. - Journées thérapeutiques de Paris 1958 - 261- - 287- G. DOIN et Cie.

11 - Comité Lyonnais de Recherches Thérapeutiques en Psychiatrie Actualité de thérapeutique Psychiatrique. Masson et Cie , Editeurs.

12 - Confrontations Psychiatriques - Evolution de la Schizophrénie. N° 2 - Décembre 1968.

13 - Congrés de Psychiatrie et de Neurologie - Dijon 1967 -

14 - CORNU Michel - Kierkegaard et la communication de l'existence. Editions l'Age d'Homme - 1972 -

15 - DESHAIES G. - Psychopathologie générale Presse Universitaire de France Coll. "Le Psychologue".

16 - EY H., P. BERNARD, CH. BRISSET.
- Manuel de Psychiatrie -
- Masson et Cie, Editeurs.

17 - GAYRAL L. - Précis de Psychiatrie.
J.B. Baillière et Fils - Editeurs.

18 - GENTIS Roger - Les Murs de l'Asile -
Cahiers libres 163 - F. MASPERO.

19 - GENTIS Roger et H. TORRUBIA.
- Notes sur le "psychothérapie institutionnelle" en 1968.
Inform. Psychiat. 1969 Vol. 45 n° 2.

20 - GREEN A - Chimiothérapie et Psychothérapie -
Encéphale, 50, n° 1, 29 - 101, 1961.

21 - GOFFMAN Asiles - Ed. de Minuit 1970.

22 - GOLDBERGER E.- Dépressions et Antidépresseurs au cours des traitements par les neuroleptiques à effet prolongé.
Thèse Médecine - Toulouse 1973-1974 - non publié.

23 - HEGEL - G.W.F.
- La phénoménologie de l'Esprit
Aubier, Editions Montaigne.

24 - ISRAEL L. - Le Médecin face au malade
Charles Dessart - Editeur.

25 - KOECHLIN PH. - Psychothérapie institutionnelle au regard du malade.
Inform. Psychiatr. 1968 - Vol 44 - n° 1.

26 - LAING R.D. - Soi et les Autres - Gallimard.

27 - LAING R.D. - D.G. COOPER
- Raison et Violence
Petite Bibliothèque Payot.

28 - LAING R.D. - Le Moi divise - Stock.

29 - LALANDE A. - Vocabulaire technique et critique de la Philosophie -
Presses Universitaires de France.

30 - LAMBERT P.A. - Le syndrome neuroleptique.
- Encéphale, 1971, LX (14) 335 -

31 - LAPLANCHE J. et J.B. PONTALIS.
- Vocabulaire de Psychanalyse -
Presses Universitaires de France.

32 - LEOPOLDOFF, ANNE ROUS DE FENEYROLS.
- Observation de la Désintégration et de Structuration de processus d'adaptation en Hôpital Psychiatrique.
- Mémoire du Diplôme de Psychologie (non publié) 1973.

33 - LE SENNE R. - Traite de Caractérologie - Logos - Presses Universitaires de France.

34 - LOMAS P. - Passivity and failure of identity development
Int. J. Psycho. Anal. 1965 - 46, (4), 438-454 -

35 - MANNONI Maud - l'Education Impossible - le Champ Freudien -
Editions du Seuil.

36 - MANNONI Maud - Le Psychiatre, son "Fou" et la Psychanalyse.
Le Champ Freudien - Editions du Seuil.

37 - MINKOWSKI E. - Le Temps vécu.
Actualités Pédagogiques et Psychologiques
Delachaux et Niestlé.

38 - MOUNIER E. - Oeuvres T II Traité du Caractère
Editions du Seuil.

39 - OSTAPITZEFF G, OSTAPITZEFF Lavoine - NOEL - Degraeve F.
La relation soigné soignant sous neuroleptique retard.
Annales Médico-Psychologiques - Novembre 1969.

40 - OULES J. - Le Psychiatre dans la Cité
Privat Ed. Toulouse 1965.

41 - PELICIER Y. - Conduites des Chimiothérapies psychotropes.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale - 37860 A 30-10, 1972.

42 - POROT Antoine-Manuel Alphabétique de Psychiatrie -
Presses Universitaires de France.

43 - PY Odile - Les comportements de Passivité en Psychiatrie.
Thèse LYON 1967.

44 - RABKIN L.Y. - Passive aggressiveness and learning
Except. Child, 1965 - 32 (1), 1-3.

45 - RACAMIER P.C.- Le soin institutionnel des psychotropes
(nature et fonction).
Inform. Psychiat. 1970. vol. 46 n° 8.

46 - REGAL S. SAVELLI A. JUILLET P.
- Les manifestations neurologiques secondaires des thérapeutiques psychotropes - Approche neurophysiologique -
Ann. Méd. Interne, Mai 1972 123, n° 5, pp 541-547-

47 - ROELENS R. - Introduction à la Psychopathologie.
Larousse.

48 - SARTRE J.P. - l'Etre et le Néant.
(Essai d'ontologie phénoménologique).

49 - SARTRE J.P. - Critique de la Raison dialectique - N R F

50 - SARTRE J.P. - Saint Genet Comédien et Martyr
Oeuvres complètes de Jean Genet T I N R F.

51 - SCHAFER - Theoretical and technical conceptualization of activity and passivity.
Psycho anal. Quart, 1968,37 (2) 173-198.

52 - SHEAFOR D. - Staying in bed as resistance to treatment - Brill Menninger Clin - 1968, 32, (4), 219-237-

53 - Le syndrome de Passivité - (N° Spécial journée des thérapeutiques psychiatriques, Lyon 1959.

54 - VOLMAT R, ALLERS G, VITTOURIS N-
A propos des effets secondaires psychiques des psychotropes : les effets dépresseurs des butyrophènones -
- Journal de Médecine de Besançon 1967 n° 4 -

55 - DE WAELHENS A -
- La philosophie de Martin HEIDEGGER
Publications Universitaires de Louvain.

Vu et permis d'imprimer

TOULOUSE, le 6 FEVRIER 1974.

Le Président de l'Université Paul Sabatier,

L. LARENG.

Vu le Président de la Thèse,

L. GAYRAL.